

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FÁBIO AUGUSTO DE OLIVEIRA PEREIRA

**DESCONTINUIDADE DO CUIDADO ODONTOLÓGICO DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES QUE RECEBERAM ATENDIMENTO DE URGÊNCIA NOS
SERVIÇOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE CURITIBA**

CURITIBA

2016

FÁBIO AUGUSTO DE OLIVEIRA PEREIRA

**DESCONTINUIDADE DO CUIDADO ODONTOLÓGICO DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES QUE RECEBERAM ATENDIMENTO DE URGÊNCIA NOS
SERVIÇOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE CURITIBA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia, Departamento de Estomatologia, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Fabian Calixto Fraiz
Coorientadora: Prof^a. Dra. Luciana Reichert da Silva Assunção Zanon

CURITIBA

2016

Pereira, Fábio Augusto de Oliveira
Descontinuidade do cuidado odontológico de crianças e
adolescentes que receberam atendimento de
urgência nos serviços públicos municipais de Curitiba / Fábio Augusto
de Oliveira Pereira – Curitiba, 2016.
67 f. ; 30 cm

Orientador: Professor Dr. Fabian Calixto Fraiz
Coorientadora: Professora Dra. Luciana Reichert da Silva
Assunção Zanon
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em
Odontologia, Setor de Ciências da Saúde.
Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Saúde bucal. 2. Odontalgia. 3. Sistema Único de Saúde. 4.
Criança. 5. Adolescente. I. Fraiz, Fabian
Calixto. II. Zanon, Luciana Reichert da Silva Assunção. III.
Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 617.645

TERMO DE APROVAÇÃO

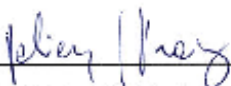
FABIO AUGUSTO DE OLIVEIRA PEREIRA

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO

**DESCONTINUIDADE DO CUIDADO ODONTOLÓGICO DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES QUE RECEBERAM ATENDIMENTO DE URGÊNCIA NOS
SERVIÇOS MUNICIPAIS DE CURITIBA**

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de mestre no Programa de Pós Graduação em Odontologia, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte Banca Examinadora:

Orientador:



Prof. Dr. Fabian Calixto Fraiz

Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UFPR



Prof. Dr. José Vitor Nogueira Borges de Menezes

Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UFPR



Profa. Dra. Fernanda de Moraes Ferrelira

Departamento de Odontopediatria UFMG

Dedico esse trabalho aos meus pais, Laert e Claudia, a minha querida esposa, Ellen, que me apoia em minhas decisões profissionais e está ao meu lado nos momentos pessoais, e aos meus filhos, Lucas, Gabriella (in memoriam) e Isabella, por alegrarem e completarem a minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. Fabian Calixto Fraiz agradeço por todos os momentos em que tive o privilégio de estar em sua companhia e que aprendi muito com o seu ponderado e assertivo método de ensinar a arte de lecionar e de fazer pesquisa em odontologia. Posso dizer que os seus ensinamentos aprimoraram o meu modo de refletir sobre a minha atuação clínica e acadêmica.

A minha querida colega de graduação e coorientadora, Luciana Reichert da Silva Assunção Zanon, agradeço toda a sua ajuda, sem a qual teria sido muito mais difícil atingir os meus objetivos neste projeto. Foi uma grata surpresa te encontrar, agora como uma exemplar docente. Admiro a sua dedicação à carreira de professora universitária. Desejo muito sucesso em sua vida acadêmica e pessoal.

À Professora Dra. Fernanda de Moraes Ferreira e ao Professor Dr. Samuel Jorge Moysés pela colaboração nas análises estatísticas e na qualificação desta dissertação, respectivamente, muito obrigado.

Aos professores e professoras que compõem e colaboram com este programa de pós-graduação, Ângela Fernandes, Antônio Adilson Soares de Lima, Cassius Carvalho Torres-Pereira, José Miguel Amenábar Céspedes, José Vítor Nogara Borges de Menezes, Juliana Lucena Schussel, Maria Ângela Naval Machado, Marília Compagnoni Martins (in memoriam) que são exemplos de comprometimento com o ensino e realizam um belíssimo trabalho à comunidade que procura os serviços desta universidade.

Aos meus amigos e parceiros de diversas atividades acadêmicas do curso, o casal Rafael Cruz e Izabella Cruz, sempre motivados e colaborativos. Muito obrigado.

Aos novos colegas, Allana, Camila Costa, Camila Furquim, Caroline, Cleverson, Cristina, Danielle, Geisy, Isabela, Juliana, Jéssica e Maurício, agradeço os momentos em que pudemos compartilhar conhecimentos e enfrentar desafios. Espero que todos tenham uma vida tranquila e alcancem suas metas e objetivos.

Aos funcionários da Universidade Federal do Paraná, em especial a Sra. Ana Maristela Rodacki e ao meu amigo Márcio Merlin que ajudam no bom funcionamento desta instituição.

Ao Programa de Pós-graduação em Odontologia por ter me concedido a oportunidade de realizar o curso, que era um objetivo pessoal e profissional. Agora a minha formação como cirurgião dentista e docente está em um nível mais alto.

À Secretaria Municipal de Saúde agradeço ao pessoal do Centro de Ensino em Saúde e do seu Comitê de Ética em Pesquisa. Ao então diretor do departamento de Atenção Primária, Dr. Paulo Poli, por autorizar a realização da minha pesquisa nos serviços da rede pública municipal de saúde e a minha supervisora de Distrito Sanitário, Cynthia Calixto Fraiz, por entender a importância que um curso *stricto sensu* tem na formação dos colaboradores da instituição e principalmente por me incentivar a fazê-lo.

Aos meus colegas de trabalho da Unidade de Saúde Vitória Régia que sempre me deram total apoio e me ajudaram na organização da minha agenda profissional durante todo o período do curso. Muito obrigado.

“Algo só é impossível até que alguém duvide e prove o contrário.”

Albert Einstein

RESUMO

A Política Nacional de Saúde Bucal determina a ampliação do atendimento às urgências, sendo que o cuidado longitudinal nas redes de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) é realizado na Atenção Primária à Saúde. A dor de dente, ainda prevalente na população brasileira, impacta na qualidade de vida e na demanda por serviços de saúde bucal. Este estudo buscou analisar os atendimentos de urgência odontológica de crianças e adolescentes na rede pública de atenção à saúde bucal de Curitiba. Como objetivos específicos, avaliou: I) de modo transversal os fatores relacionados com os atendimentos nas unidades básicas de saúde (UBS) e de pronto atendimento (UPA). II) de forma prospectiva a descontinuidade do cuidado em saúde bucal na atenção regular em um período de seis meses. Foram avaliados 1012 atendimentos de urgência em indivíduos de 0 a 17 anos e com cadastro definitivo no SUS/Curitiba. Foram coletados dos prontuários dados demográficos do atendido e da utilização dos serviços. Na análise estatística utilizou-se o teste do Qui Quadrado, estimando-se a razão de prevalência (RP) (IC95%) para o estudo transversal, enquanto para o estudo prospectivo estimou-se o risco relativo (RR) (IC95%). Os dados foram estratificados pela faixa etária (crianças e adolescentes) para o estudo transversal, e pelo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) (médio/alto e muito alto) para o estudo prospectivo. Do total de atendimentos, o estudo transversal demonstrou que 68,2% e 31,8% eram crianças e adolescentes, respectivamente. Nas UBS ocorreram 89,7% dos atendimentos e nas UPA 10,3%, e 12,2% se caracterizaram como primeiro acesso ao sistema de saúde bucal. Adolescentes tenderam utilizar mais a UPA para o atendimento de urgência do que crianças (RP=1,84; IC95%: 1,28-2,64). Entre as crianças aquelas que não visitaram o dentista no último ano utilizaram mais a UPA para o atendimento de urgência (RP=1,86; IC95%: 1,09-3,17). Os adolescentes para os quais o atendimento de urgência foi o primeiro acesso ao sistema utilizaram mais a UPA (RP=2,16; IC95%: 1,04-4,46). A proximidade entre a UBS de cadastro e a UPA mais próxima esteve associada com a maior utilização da UPA tanto para crianças como para adolescentes. No estudo prospectivo a incidência de descontinuidade do cuidado encontrada foi de 42,2%. No grupo de IDHM médio/alto o RR de descontinuar o cuidado foi maior nos menores de 05 anos de idade (RR=1,27; IC95%: 1,02-1,57), naqueles para os quais o atendimento foi caracterizado como primeiro acesso ao sistema (RR=1,37; IC95%: 1,11-1,69) e naqueles que não haviam visitado o dentista no último ano (RR=1,44; IC95%: 1,20-1,74). A utilização da UPA se demonstrou associada à descontinuidade independente do IDHM (RR=1,53; IC95%: 1,10-2,13). As UBS foram responsáveis pela maior parte dos atendimentos de urgência odontológica. Crianças e adolescentes com menor vínculo na UBS e residentes próximos as UPA apresentaram uma maior prevalência de utilização da UPA para um atendimento de urgência. Nos indivíduos com menor idade e menor vínculo na UBS provenientes de regiões de IDHM médio/alto, e ainda aqueles que buscaram as UPA apresentaram maior risco de descontinuidade do cuidado ao receberem atendimento de urgência.

Palavras-Chave: Saúde bucal, odontalgia, sistema único de saúde, criança, adolescente.

ABSTRACT

The national oral health policy in Brazil determines the broadening of urgent dental care units, whereas long-term care in the public healthcare system is performed in the primary care setting. Dental pain (toothache) continues to be prevalent in the Brazilian population, exerting an impact on quality of life and the demand for oral health services. The aim of the present study was to analyze urgent dental care for children and adolescents in the public oral healthcare network of the city of Curitiba, Brazil. The specific objectives were I) to perform a cross-sectional evaluation of factors related to treatment at primary care and urgent care units and II) perform a prospective evaluation of the discontinuity of urgent care by regular care in a six-month period. A total of 1012 cases of urgent oral health care for individuals aged 0 to 17 years definitively registered with the Curitiba public healthcare system were analyzed. Demographic characteristics and data on the utilization of services were collected from patient charts. Statistical analysis involved the chi-square test with the estimation of prevalence ratios (PR) and respective 95% confidence intervals (CI) in the cross-sectional study as well as relative risk (RR) and 95% CI in the prospective study. The data were stratified by age group (children and adolescents) in the cross-sectional study and by the Municipal Human Development Index (MHDI) (medium/high and very high) in the prospective study. The cross-sectional study revealed that 68.2% and 31.8% of the patients were children and adolescents, respectively. A total of 89.7% of treatments occurred in primary care and 10.3% in urgent care units. A total of 12.2% of cases were characterized as the first access to the oral healthcare system. The adolescents tended to use urgent care more than the children (PR=1.84; 95%CI: 1.28-2.64). Children with more than one year since the last appointment used urgent care units more (PR=1.86; 95%CI: 1.09-3.17). Adolescents for whom urgent care constituted the first access to the system used urgent care units more (PR=2.16; 95%CI: 1.04-4.46). Proximity to the primary care unit at which the individuals were registered and the closest urgent care unit was associated with greater utilization of the latter units among both children and adolescents. In the prospective study, the incidence of the discontinuity of care was 42.2%. In the group with a medium/high MHDI, the risk of discontinuity was greater among children less than five years of age (RR=1.27; 95%CI: 1.02-1.57), individuals for whom treatment constituted the first access to the system (RR=1.37; 95%CI: 1.11-1.69) and those with more than one year since their last appointment (RR=1.44; 95%CI: 1.20-1.74). The use of urgent care units was associated to discontinuity independently of the MHDI (RR=1.53; 95%CI: 1.10-2.13). Primary care units accounted for a larger portion of cases of urgent care. The prevalence of the utilization of urgent care units for cases of urgent care was higher among children and adolescents with less of a link to a primary care unit and those residing near an urgent care unit. The risk of discontinuity of oral care among individuals who received urgent care was higher among younger children, individuals with less of a link to primary care units in areas with a medium/high MHDI and those who sought urgent care units.

Key words: Oral health, dental pain, Brazilian public healthcare system, child, adolescent.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- ASSOCIAÇÃO ENTRE O TIPO DE EQUIPAMENTO DE SAÚDE UTILIZADO NA URGÊNCIA ODONTOLÓGICA E AS DEMAIS COVARIÁVEIS DE ESTUDO. CURITIBA-PR, 2014. (N=1012).....	28
TABELA 2-. ASSOCIAÇÃO ENTRE O TIPO DE EQUIPAMENTO DE SAÚDE UTILIZADO NA URGÊNCIA ODONTOLÓGICA E AS DEMAIS COVARIÁVEIS DE ESTUDO EM CRIANÇAS DE ATÉ 11 ANOS. CURITIBA-PR, 2014. (N=690).....	29
TABELA 3- ASSOCIAÇÃO ENTRE O TIPO DE EQUIPAMENTO DE SAÚDE UTILIZADO NA URGÊNCIA ODONTOLÓGICA E AS DEMAIS COVARIÁVEIS DE ESTUDO EM ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS. CURITIBA-PR, 2014. (N=322)	29
TABELA 4- ASSOCIAÇÃO ENTRE A DESCONTINUIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL E AS DEMAIS VARIÁVEIS NO GRUPO DE MUITO ALTO IDHM. CURITIBA- PR, 2014. (N=336)	43
TABELA 5- ASSOCIAÇÃO ENTRE A DESCONTINUIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL E AS DEMAIS VARIÁVEIS NO GRUPO DE MÉDIO/ALTO IDHM. CURITIBA- PR, 2014. (N=676)	44
TABELA 6- LISTA DE UBS QUE APRESENTARAM CRIANÇAS E ADOLESCENTES CADASTRADOS E ATENDIDOS NA URGÊNCIA ODONTOLÓGICA. UDH E VALOR DO IDHM RESPECTIVOS. CURITIBA, ABRIL 2014.	60
TABELA 7- LISTA DAS UBS QUE APRESENTARAM CRIANÇAS E ADOLESCENTES CADASTRADOS ATENDIDOS NA URGÊNCIA ODONTOLÓGICA. RESPECTIVA UPA MAIS PRÓXIMA E DISTÂNCIA ENTRE A UBS E UPA. CURITIBA, ABRIL DE 2014	63
TABELA 8- ASSOCIAÇÃO ENTRE A DESCONTINUIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL E O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL. CURITIBA- PR, 2014. (N=908)	66

LISTA DE SIGLAS

APS	-	Atenção Primária à Saúde
DE	-	Departamento de Emergência
IDH	-	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	-	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
PNSB	-	Política Nacional de Saúde Bucal
PNUD	-	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RP	-	Razão de Prevalência
RR	-	Risco Relativo
SMS	-	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UDH	-	Unidade de Desenvolvimento Humano
UPA	-	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA A URGÊNCIA ODONTOLÓGICA.....	13
1.2 PREVALÊNCIA DE DOR DE DENTE NA POPULAÇÃO INFANTIL E ADOLESCENTE	14
1.3 FATORES INDIVIDUAIS E CONTEXTUAIS ASSOCIADOS A DOR DE DENTE E A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DE URGÊNCIA.....	15
1.4 DOR DE DENTE E SEUS IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES	17
1.5 A REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA ODONTOLÓGICA EM CURITIBA ..	18
1.6 A CONTINUIDADE DO CUIDADO E A URGÊNCIA ODONTOLÓGICA	18
2. OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GERAL	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3. CAPÍTULOS	22
3.1 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ODONTOLÓGICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.....	22
3.2 DESCONTINUIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE RECEBERAM ATENDIMENTO DE URGÊNCIA NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE	37
4. CONCLUSÕES	51
REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICE 1-TABELA DAS UBS E RESPECTIVA UDH E IDHM.....	60
APÊNDICE 2-TABELA DAS UBS, UPA MAIS PRÓXIMA E DISTÂNCIA	63
APÊNDICE 3-TABELA MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL E A DESCONTINUIDADE DO CUIDADO	66
ANEXO – DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SMS/CURITIBA	67

1. INTRODUÇÃO

Em sistemas de saúde organizados pela Atenção Primária à Saúde (APS), um aspecto essencial a este nível de atenção é o acompanhamento dos indivíduos ao longo do tempo, chamado de longitudinalidade (STARFIELD, 2002). Este atributo requer dos profissionais envolvidos uma abordagem mais humanizada, que favoreça a construção de relações de confiança e, conseqüentemente, o estabelecimento de vínculo entre o usuário e o serviço de saúde (STARFIELD, 2002).

O termo longitudinalidade tem sido muitas vezes utilizado na literatura com significado semelhante à continuidade do cuidado (CUNHA et. al, 2011). Entretanto, Starfield (2002) e Pastor-Sanches et al. (1997) entendem que a longitudinalidade é o acompanhamento do indivíduo em sua integralidade ao longo do tempo por uma mesma equipe de saúde intervindo de modo terapêutico e preventivo. Já a continuidade do cuidado refere ao seguimento dado a um problema específico de saúde apresentado, podendo ser realizado por uma mesma equipe ou não.

No sistema único de saúde (SUS) a APS é o ponto em que se estabelece o contato preferencial entre os usuários e o sistema. Nela, também, é realizada a atenção à saúde bucal regular através das equipes de saúde bucal distribuídas nas diversas unidades básicas de saúde (UBS), sendo o seu acesso universal garantido pela constituição brasileira (BRASIL, 2012).

Os agravos de saúde bucal, dentre muitos, são passíveis de prevenção e tratamento nas UBS. Compartilham dos mesmos fatores de riscos de diversas outras condições crônicas, associadas ao estilo de vida, uso de tabaco, consumo excessivo de álcool e padrões de higiene (OMS, 2008; PETERSEN, 2009).

No Brasil, muitos avanços na saúde bucal coletiva foram conquistados nos últimos anos (PERES et al., 2012), porém a cárie dentária ainda é o agravo mais prevalente, e muitas crianças e adolescente a manifestam sem qualquer tipo de tratamento (BRASIL, 2010; ARDENGHI, PIOVESAN E ANTUNES; 2013).

Este problema de saúde pode ser prevenido por meio de ações específicas, como orientação dietética e de higiene bucal, bem como pelo uso ótimo de fluoretos (ESTADOS UNIDOS, 2014). O diagnóstico, bem como o seu tratamento precoce podem ser realizados por meio de visitas regulares ao dentista (LEWIS et al., 2007). No SUS, tanto as ações de prevenção à cárie como as consultas odontológicas regulares são ofertadas na rede de atenção básica (BRASIL, 2012).

Acompanhando o declínio da cárie na população brasileira nas últimas décadas foi observada a polarização da doença. Este fenômeno consiste na concentração da carga da doença em uma parcela de indivíduos, resultando na distribuição ainda mais desigual do problema (NARVAI et al., 2006). Como observado por Rihs et al. (2010) que ao estudarem escolares com 12 anos de idade matriculados em escolas públicas no município de Indaiatuba, São Paulo, verificaram que a distribuição da cárie se apresentava polarizada e que o índice CPOD maior estava associado com a maior necessidades de tratamento odontológico. Do mesmo modo, Peres et al. (2014) verificaram a presença da polarização da cárie em adolescentes na cidade de Itaí, São Paulo. Associado a isso, Noro et al. (2014) observaram no município de Sobral, Ceará, que adolescentes com maior gravidade de cárie, expressa pelo alto CPOD, apresentavam maior prevalência de dor dente.

A literatura tem demonstrado que a presença de dor de dente, e também a procura por serviços odontológicos de urgência, são majoritariamente motivados pela cárie dentária (SCHUCH et al., 2015; MACHADO, DAHER e COSTA, 2014; BOEIRA et al., 2012; PERES et al., 2010; FERREIRA-JUNIOR et al., 2015; SQUAIR et al., 2012; PRADO et al., 2014; SILVA, KUNZEL e YOON, 2013; WONG et al., 2012; TRAMINI et al., 2010). No sentido inverso, ao analisarem possíveis preditores de utilização de serviços odontológicos de urgência por razão não traumática, Powers et al. (2000) demonstraram que o exame bucal periódico e a utilização de serviços de saúde bucal regulares estiveram relacionados de maneira negativa com a procura por este tipo de serviços.

O trauma dental, injúria que acomete uma importante parcela da população da faixa etária entre 05 a 18 anos (WILSON et al., 1997), se apresenta como o segundo problema mais relacionado à demanda por atendimentos odontológicos em serviços de urgência (WONG et al., 2012; PRADO et al., 2014; SQUAIR et al., 2012, TRAMINI et al., 2010) , porém em números totais, muito distante dos relacionados à cárie e suas sequelas. O atendimento pontual, realizado apenas no momento do trauma é insuficiente para o sucesso de seu tratamento, já que diferentes tipos de trauma dento-alveolares requerem adequados tempos de acompanhamento para que seu desfecho se torne o mais favorável possível (DIANGELIS et al., 2012; MALMGREN et al., 2012; ANDERSSON et al., 2012).

Considerando a prevalência da dor de dente e o impacto desta na vida de crianças em uma cidade na Inglaterra, os autores Shepherd, Nadanovsky e Sheiham (1999) sugeriram que a ausência de dor de dente poderia ser utilizada pelos sistemas de saúde como um evidente indicador de saúde bucal na população. Neste mesmo sentido, Lewis e Stout (2010) analisando a prevalência e os fatores de risco associados à dor de dente em crianças e adolescentes nos Estados Unidos entenderam que a dor de dente refletia disparidades existentes na saúde bucal da população e propuseram este desfecho como um potencial indicador de qualidade da saúde.

1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA A URGÊNCIA ODONTOLÓGICA

No ano de 2003, com o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e a criação do programa Brasil Sorridente, iniciou uma nova perspectiva na saúde bucal coletiva do país, até então, pouco inserida na agenda do governo federal (MACHADO et al., 2011). A PNSB visa o maior acesso da população aos serviços de saúde bucal, através da ampliação e qualificação da atenção nos diferentes níveis do SUS, assegurando inclusive, atendimentos de maior complexidade. A expansão das equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família, a implantação dos centros de especialidades odontológicas e dos laboratórios regionais de prótese dentária são linhas de ações preconizadas para a reorganização da atenção básica e ampliação e qualificação da atenção secundária (BRASIL, 2004).

Dentre os princípios norteadores da PNSB destaca-se a prioridade absoluta para os casos de dor, infecção e sofrimento. Recomenda, também, que os gestores dos serviços organizem o processo de trabalho em saúde bucal, de maneira a garantir o atendimento de urgência na atenção básica e assegurar sua complementaridade em outros equipamentos de saúde, como pronto atendimento, pronto socorro e hospital (BRASIL, 2004).

Ao implantar o pronto atendimento na atenção básica, o risco à saúde bucal do atendido na urgência deve ser avaliado e, ainda, ser dada a devida orientação para o retorno ao serviço para continuidade ao tratamento (BRASIL, 2004).

Além da PNSB existem outras duas políticas que definem a organização do atendimento às urgências odontológicas. Uma delas, a Política Nacional de Atenção

à Urgência e Emergência, instituiu as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com o intuito de regular a entrada hospitalar e resolver os casos de urgência e emergência da população. As UPA são estruturas intermediárias entre as UBS e os hospitais e integram a rede de urgência e emergência do SUS e que, por demandas locais regionais baseadas em aspectos epidemiológicos e das características da rede assistencial, podem contemplar serviços de atendimento a urgência odontológica (BRASIL, 2006). Já a Política Nacional de Atenção Básica, preconiza que o primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas faça parte das características dos processos de trabalho deste nível de atenção (BRASIL, 2012).

1.2 PREVALÊNCIA DE DOR DE DENTE NA POPULAÇÃO INFANTIL E ADOLESCENTE

No último levantamento epidemiológico de saúde bucal nacional, o SB Brasil 2010, a prevalência de relato de dor de dente nos últimos 06 meses foi de quase 25%, tanto para crianças aos 12 anos como para adolescentes entre 15-19 anos (BRASIL, 2011).

Ao analisarem os dados do SB Brasil 2010 de crianças com 05 anos de idade, os autores Ferreira-Júnior et al. (2015) verificaram que a frequência de relato para este problema nos últimos 06 meses chegou a 22 %, valor superior aos 16,5% encontrados em pré-escolares por Boeira et al. (2012) no município de Pelotas e aos 11,1 % por Moura-Leite et al. (2011) na cidade de Belo Horizonte, sendo que este último avaliou a prevalência nos últimos 04 meses.

Schuch et al. (2015) estudando escolares entre 08 e 12 anos no município de Pelotas-RS encontraram prevalência de relato de dor de dente nos últimos 06 meses de 35,7%. Ainda Peres et al. (2010) avaliando a população escolar adolescente de 12 e 15 anos na cidade de São Paulo observaram que 25,6% relataram este problema.

Ainda avaliando os dados do penúltimo SB Brasil, do ano de 2003, Borges et al. (2008) verificaram que 35,6 % dos adolescentes com idade entre 15 e 19 anos relataram dor nas gengivas e nos dentes.

A dor de dente também se demonstra significativa em outras regiões do mundo. Nos Estados Unidos, o levantamento epidemiológico de saúde bucal de abrangência nacional verificou que o relato de dor de dente nos últimos seis meses

acometeu 7,2 % e 14,1% das crianças de 0-5 anos e 6-12 anos respectivamente, entre os adolescentes de 13-17 anos a prevalência foi de 9,7% (LEWIS e STOUT, 2010). Já em Harrow na Inglaterra, 45 % dos escolares com oito anos de idade já haviam sofrido alguma vez de dor de origem dental (SHEPHERD et. al, 1999).

1.3 FATORES INDIVIDUAIS E CONTEXTUAIS ASSOCIADOS A DOR DE DENTE E A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DE URGÊNCIA

No Brasil, crianças aos cinco anos de idade e com experiência de cárie relatavam muito mais dor de dente do que as livres de cárie (FERREIRA JUNIOR et al., 2015). Em dois estudos realizados no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, um abordando crianças aos cinco anos de idade (BOEIRA et al., 2012) e outro em crianças na faixa etária entre 08 a 12 anos (SCHUCH et al., 2015) também demonstraram a associação entre a dor de dente e a presença de cárie.

Segundo Peres et al. (2010), crianças e adolescentes residentes no município de São Paulo que apresentaram pais com menor nível de escolaridade, pior renda, dentes com necessidade de tratamento, serem do gênero feminino e de raça negra estiveram associados a maior prevalência de dor de dente. Ainda, Ferreira-Junior et al. (2015) observaram em pré-escolares brasileiros que a baixa renda, o maior número moradores por dormitório, experiência de cárie e pertencer à população indígena estiveram relacionados à maior frequência de relato de dor de dente. Ainda nestes dois estudos, estudantes de áreas de menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) apresentaram maior prevalência de dor de dente, independente das variáveis individuais estudadas (PERES et al., 2010; FERREIRA-JUNIOR et al., 2015).

Em outro estudo, Borges et al. (2008) ao analisarem dados referentes à população brasileira adolescente com idade entre 15 e 19 anos, verificaram que nos anos de 2002/2003 a maior prevalência de dor de dente e de gengiva estavam associadas ao gênero feminino, baixa renda familiar, não estar matriculado em escola, estar matriculado em escola pública e apresentar idade atrasada em relação ao ano escolar de matrícula. E ainda, que a maior presença de cáries e de cálculo dental também estava associada a maior prevalência de dor de dente.

A literatura tem demonstrado que a procura por serviços de urgência são motivados principalmente por problemas bucais não traumáticos, majoritariamente

pela cárie dentária (SCHUCH et al., 2015; MACHADO, DAHER e COSTA, 2014; BOEIRA et al., 2012; PERES et al., 2010; FERREIRA-JUNIOR et al., 2015; SQUAIR et al., 2012; PRADO et al., 2014; SILVA, KUNZEL e YOON, 2013; WONG et al., 2012). Fatores relacionados às condições socioeconômicas dos indivíduos, das famílias e da região em que vivem também têm se demonstrado determinantes na procura por estes tipos de serviços (TRAMINI et al., 2010; FONSECA et al., 2014; SUN et al., 2015).

Na Austrália, nos serviços públicos de atenção regular à saúde bucal em uma região considerada como sócio vulnerável, foi verificado que em crianças e adolescentes com idade variando entre 02 a 18 anos, a frequência de procura por um atendimento de urgência associada à cárie dentária foi de 74-75%, seguida pelos traumas dentários, estes com prevalência de 8-9% (WONG et al., 2012). Entre os atendimentos na clínica de odontopediatria da Universidade Federal de Pelotas, foi observado também que a dor de dente oriunda da cárie e suas sequelas foram responsáveis pela maior parte dos atendimentos de urgência com uma frequência de 79% e os traumas representando 5,08% das consultas. Já em um pronto atendimento odontológico no município de Jequié na Bahia, a cárie representou 92,7% e o trauma por 5,9%, dos atendimentos realizados (PRADO et al., 2014).

Ao analisarem os atendimentos odontológicos em crianças e adolescentes com até 17 anos realizados em um departamento de emergência hospitalar na cidade do Texas nos Estados Unidos, Ladrillo, Hobdell e Caviness (2006) verificaram que a demanda pelo serviço nos cinco anos estudados havia aumentado. Neste estudo, motivos não traumáticos como a cárie e suas sequelas, estomatites e periodontites eram os mais frequentes. Já os atendimentos a traumas eram significantes e representavam 26,6% do total.

Muitos pais procuram o serviço de saúde bucal pela primeira vez apenas quando percebem um problema em seus filhos. Segundo Baldani et al. (2011) crianças com até 14 anos de idade cujos pais não haviam percebido qualquer necessidade de cuidados em saúde bucal estavam entre as que nunca haviam realizado uma consulta com o dentista.

Em outro estudo realizado por Divaris et al. (2014), avaliando o acesso aos serviços de saúde bucal de crianças cobertas pelo programa de saúde Medicaid no estado da Carolina do Norte nos Estados Unidos, observaram que dentre aquelas que utilizaram os serviços, 13% buscaram este primeiro atendimento motivados por

um episódio de urgência. Outros estudos envolvendo atendimentos de urgência realizados em clínicas universitárias de odontopediatria nos Estados Unidos, observaram prevalências de 16% (DA SILVA et al., 2013) e 25% (AGOSTIN et al. 2001) de primeiro acesso ao dentista através de um atendimento de urgência odontológica.

1.4 DOR DE DENTE E SEUS IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Estudos realizados em diversos países tem demonstrado que a dor de dente impacta negativamente na qualidade de vida de crianças e adolescentes (KOZMHINSKY et al., 2016; MOURA-LEITE et al., 2011; SHEPHERD et al., 1999; EDSLSTEIN et al, 2006; CLEMENTINO et.al, 2015; PERES et al., 2013), na medida em que interfere em suas atividades triviais. Além disso, a percepção que esta população tem sobre sua saúde bucal também é alterada pela presença deste desfecho (SCHUCH et al., 2015).

Shepherd et al. (1999) com seu estudo envolvendo crianças com oito anos de idade na Inglaterra observaram que aquelas que apresentaram dor de dente nos últimos quatro meses tiveram dificuldades em atividades cotidianas, como brincar (26,7%), comer (73,3%), dormir (31,1%) e ir para a escola (11,1%). Em outro estudo abordando crianças de cinco anos da cidade de Pelotas, RS, além destas atividades, a escovação dos dentes, também se mostrou prejudicada (LEITE-MOURA et al., 2011).

Importante observar que crianças são dependentes dos pais/responsáveis para que possam ir ao dentista (BADRI et al., 2014) e que o tempo em que a dor de dente irá impactar nas suas vidas está diretamente relacionado com o tempo despendido até o atendimento odontológico. Edestein et al. (2006), estudando a dor de dente em crianças e adolescentes atendidas em programas de residência em odontopediatria nos Estados Unidos, verificaram que 22% desta população havia sofrido do mais alto nível de dor e que 37% ainda apresentou sintomas com duração entre dois a sete dias, e 36% por mais de uma semana. As principais razões dos pais adiarem este atendimento, incluem, em ordem crescente, faltar ao trabalho, custos de transportes e dificuldades de agendamento da consulta. Em outro estudo, também realizado nos Estados Unidos, pais adiavam a procura para atendimento de

seus filhos com dor de dente por mais de duas semanas e crianças mais velhas estavam sujeitas a uma maior espera (THIKKURISSY et al., 2012).

Segundo Goes et al. (2008) mais da metade da população adolescente acometida pela dor de dente sofreu impactos negativos em suas atividades domiciliares e de lazer, inclusive a frequência escolar também foi prejudicada. Observaram também, que aproximadamente 15 % das famílias com indivíduos com dor de dente foram prejudicadas na execução de atividades rotineiras de casa e visitas a familiares e amigos foram comprometidas. Além disso, verificaram que muitos pais acordaram à noite para atender ao menor com uma frequência média de 3,7 vezes por semana.

Outro impacto resultante da dor de dente que envolve todo o funcionamento da família é o absenteísmo ao trabalho de pais de crianças com idade pré-escolar em função das condições bucais de seus filhos. Conforme observado em uma pesquisa desenvolvida em escolas públicas e privadas no município de Campina Grande na Paraíba, em que 9,2% dos pais relataram precisar se ausentar do seu trabalho devido a problemas bucais apresentados pelos seus filhos, e esta taxa só não foi maior, possivelmente, pelo fato de um dos pais estarem no momento sem ocupação (RIBEIRO et al., 2015).

1.5 A REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA ODONTOLÓGICA EM CURITIBA

O município de Curitiba apresentava em sua rede de atenção primária no momento da coleta de dados em abril de 2014, 108 UBS com serviços de saúde bucal. Esta rede era distribuída em nove regionais administrativas na cidade e tinha 60 UBS com equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família. Ainda para o atendimento complementar às urgências odontológicas apresentava três Unidades de Pronto Atendimento (UPA) que funcionavam em horários alternativos aos das UBS (CURITIBA, 2014).

1.6 A CONTINUIDADE DO CUIDADO E A URGÊNCIA ODONTOLÓGICA

Da Silva, Kunzel e Yoon (2012) ao analisarem indivíduos com até 12 anos de idade e atendidos em um pronto atendimento odontológico observaram que,

apesar da criança sair do serviço de urgência com um agendamento de retorno para continuidade do tratamento, apenas 48% dos indivíduos retornava na consulta programada em um período de até dois meses e que indivíduos com histórico de falta a consultas programadas e aqueles que procuraram o serviço de urgência anteriormente eram mais propensos a descontinuar o cuidado recebido.

Em outro estudo, envolvendo crianças que receberam atendimento no departamento de emergência (DE) em um hospital pediátrico norte americano, motivadas exclusivamente pela dor de dente decorrente de cárie, aproximadamente 40 % retornavam a instituição para uma consulta de acompanhamento no período de 12 meses. Neste estudo fatores de risco social não estiveram associados à descontinuidade do cuidado recebido, enquanto a menor idade do atendido foi muito significativa (KAENEL et al., 2001).

A continuidade do atendimento de urgência odontológica realizado em adultos inscritos no programa de saúde Medicaid do estado de Wisconsin nos Estados Unidos, considerando um seguimento por seis meses na rede de atendimento regular, foi menor nos residentes de áreas onde a relação dentista/habitante era menor e quando os indivíduos eram mais jovens. Verificaram, também, que quase 25% retornaram para um novo atendimento de urgência e que 40% não procuraram qualquer tipo de serviço de saúde bucal (PAJEWSKI E OKUNSERI, 2012). No estado de Iowa, também nos Estados unidos, pelo menos 36,2% dos adultos inscritos no Medicaid descontinuaram o atendimento de urgência odontológica no período de seis meses e, ainda, observaram que para aqueles em que o tempo da última consulta odontológica era maior do que um ano e apresentavam histórico de atendimentos em consultas de urgência o risco de descontinuar o atendimento era maior (SINGHAL et al., 2016).

Gustafson et al. (2010) ao analisarem o seguimento de traumas dento-alveolares dos tipos de avulsão, luxação e intrusão em dentes permanentes de atendidos no DE em um hospital pediátrico em Ohio nos Estados Unidos, verificaram que 25% dos atendidos não retornaram para a continuidade do tratamento no hospital, que consistia em pelo menos uma consulta em 21 dias para a realização da pulpectomia e outra para obturação do conduto radicular em até seis meses. Entre os fatores associados ao não seguimento do tratamento, perder escola, ter de se afastar do trabalho e custos relacionados ao tratamento odontológico estiveram associados.

Indivíduos com maior necessidade de tratamento odontológico tendem a relatar mais dor de dente e podem vir a procurar os serviços de saúde bucal de urgência. Além disso, o principal motivo da procura por atendimento de urgência odontológica, a cárie, se concentra principalmente em indivíduos que apresentam piores condições socioeconômicas. Sistemas de saúde que visem o atendimento integral, equânime e longitudinal deveriam observar crianças e adolescentes atendidas nos serviços odontológicos de urgência, já que muitas podem descontinuar o cuidado recebido e outras lesões de cáries deixadas sem tratamento podem evoluir para um novo episódio de dor, acarretando em mais impactos na qualidade de vida delas e de suas famílias.

O presente estudo teve como objetivo avaliar de modo transversal aspectos relacionados à utilização dos serviços odontológicos de urgência e analisar prospectivamente a descontinuidade do cuidado nas UBS dos atendimentos de urgência recebidos por crianças e adolescentes que procuraram os equipamentos de saúde da rede de atenção básica e de urgência e emergência da prefeitura municipal de Curitiba.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os atendimentos de urgência odontológica de crianças e adolescentes na rede pública de atenção à saúde bucal de Curitiba.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar os fatores relacionados com o atendimento de urgência odontológica de crianças e adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) da rede pública de atenção à saúde bucal de Curitiba.
- Analisar os fatores associados à descontinuidade do cuidado em saúde bucal nas unidades básicas de saúde de crianças e adolescentes que receberam atendimento de urgência nos serviços públicos municipais de saúde de Curitiba.

3. CAPÍTULOS

Nesta seção são apresentados dois artigos científicos, conforme as normas exigidas pelo Programa de Pós-graduação em Odontologia da UFPR para a estruturação da dissertação no formato alternativo. O primeiro artigo foi elaborado de acordo com as diretrizes de submissão do periódico Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada e o segundo conforme as normas do periódico Revista de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

3.1 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ODONTOLÓGICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Urgent Dental Care for Children and Adolescents at Primary and Urgent Care Units

Resumo

Objetivo: Avaliar os fatores relacionados com o atendimento de urgência odontológica de crianças e adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) da rede pública de atenção à saúde bucal de Curitiba. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal avaliando 1012 atendimentos de urgência realizados em indivíduos com até 17 anos de idade e com cadastro definitivo no Sistema Único de Saúde de Curitiba. Foram coletados dos prontuários dados demográficos do atendido e da utilização dos serviços. Para a análise estatística utilizou-se o teste Qui-Quadrado, estimando-se a razão de prevalência (RP) (IC95%). **Resultados:** Do total de atendimentos, 68,2% e 31,8% eram crianças e adolescentes, respectivamente. Nas UBS ocorreram 89,7% dos atendimentos e nas UPA 10,3%, e 12,2% se caracterizaram como primeiro acesso ao sistema. Adolescentes utilizaram mais a UPA para o atendimento de urgência do que crianças (RP=1,84; IC95%: 1,28-2,64). Entre as crianças aquelas que não visitaram o dentista no último ano utilizaram mais a UPA para o atendimento de urgência (RP=1,86; IC95%: 1,09-3,17). Os adolescentes para os quais o atendimento de urgência foi o primeiro acesso ao sistema utilizaram mais a UPA (RP=2,16; IC95%: 1,04-4,46). A proximidade entre a UBS de cadastro e a UPA

esteve associada com uma maior utilização da UPA nos dois grupos. **Conclusão:** As UBS foram responsáveis pela maior parte dos atendimentos de urgência odontológica. Crianças e adolescentes com menor vínculo na UBS e residentes próximos as UPA apresentaram uma prevalência maior de utilização da UPA para um atendimento de urgência.

Palavras Chaves: Dor, Saúde Bucal, Sistema Único de Saúde, Criança, Adolescente.

Abstract

Objective: Evaluate factors related to urgent dental care for children and adolescents at primary and urgent care units of the public healthcare system in the city of Curitiba, Brazil. **Materials and Methods:** A cross-sectional study was conducted with the evaluation of 1012 cases of urgent dental care for individuals aged 0 to 17 years definitively registered with Curitiba public healthcare system. Demographic characteristics and data on the utilization of services were collected from patient charts. Statistical analysis involved the chi-square test with the estimation of prevalence ratios (PR) and respective 95% confidence intervals (CI). **Results:** Among the overall sample, 68.2% and 31.8% of the patients were children and adolescents, respectively. A total of 89.7% of treatments occurred in primary care units and 10.3% in urgent care units. A total of 12.2% of cases were characterized as the first access to the oral healthcare system. The adolescents used urgent care units for urgent oral care more than the children (PR=1.84; 95%CI: 1.28-2.64). Children with more than one year since the last appointment used urgent care units more (PR=1.86; 95%CI: 1.09-3.17). Adolescents for whom urgent care constituted the first access to the system used urgent care units more (PR=2.16; 95%CI: 1.04-4.46). Proximity to the primary care unit at which the individuals were registered and the closest urgent care unit was associated with greater utilization of the latter units in both groups. **Conclusion:** Primary care units accounted for a larger portion of cases of urgent dental care. The prevalence of the utilization of urgent care units for cases of urgent care was higher among children and adolescents with less of a link to a primary care unit and those residing near an urgent care unit.

Key words: Oral health, dental pain, Brazilian public healthcare system, child, adolescent.

Introdução

Desde 2003, com a criação do programa Brasil Sorridente, a saúde bucal passou a integrar a agenda de prioridades do governo federal [1]. Esta iniciativa é a expressão programática da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) [2] que visa à ampliação e qualificação da atenção em saúde bucal em todos os níveis, buscando assegurar inclusive atendimento de maior complexidade [3]. Dentre seus princípios norteadores, destaca-se a prioridade absoluta na resolubilidade para os casos de dor, infecção e sofrimento.

A PNSB ainda recomenda que o processo de trabalho em saúde bucal organize-se para garantir o atendimento de urgência na atenção básica e assegurar, em outras unidades de saúde (pronto atendimento, pronto socorro e hospital), os cuidados complementares necessários para cada situação [3].

A importância desta rede de serviços públicos de urgência odontológica se justifica pela alta prevalência, na população brasileira, de problemas bucais [4], os quais, embora frequentemente se apresentem como condições crônicas [5], estão sujeitos a processos de agudização.

Crianças e adolescentes merecem atenção especial. No Brasil, o último levantamento epidemiológico nacional de saúde bucal demonstrou que quase ¼ dos adolescentes relatou queixa de dor nos últimos seis meses e aproximadamente 15% visitaram o dentista pela última vez pelo motivo de dor. Este estudo também demonstrou uma maior utilização dos serviços de saúde bucal públicos nas faixas etárias que englobam crianças e adolescentes em relação à adulta [4]. Na população infantil e entre os adolescentes, a dor de dente está associada a limitações importantes em suas atividades cotidianas com um forte impacto negativo em sua qualidade de vida [6-9].

Para o atendimento de urgência em odontologia a rede de atenção do SUS em Curitiba disponibiliza dois tipos de equipamentos: as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). As UPA são estruturas intermediárias entre as UBS e os hospitais, integram a rede de urgência e emergência do SUS e, por demandas locais regionais baseadas em aspectos

epidemiológicos e das características da rede assistencial, podem contemplar serviços de atendimento as urgências odontológicas [10]. Nesta modalidade de serviços, os procedimentos odontológicos realizados em crianças consistem majoritariamente em terapias da polpa e restaurações temporárias [11,12]. Já as UBS são estruturas onde as equipes de atenção básica atuam constituindo uma rede de serviços de saúde que se situa o mais próximo da residência dos indivíduos, caracterizada por possuir um território adstrito, uma população adscrita com a qual se estabelece vínculo e corresponsabilização sanitária garantindo a continuidade das ações e a longitudinalidade do cuidado. O primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas faz parte das características dos processos de trabalho deste nível de atenção [13].

Embora o atendimento primário deva ser preferencialmente realizado nas UBS [13], com a implantação das UPA parte dos atendimentos de urgência odontológica de crianças e adolescentes têm sido direcionados a esses equipamentos. Assim o objetivo desse trabalho foi avaliar os fatores relacionados com o atendimento de urgência odontológica de crianças e adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde e nas Unidades de Pronto Atendimento da rede pública de atenção à saúde bucal do Sistema único de Saúde de Curitiba.

As análises desses aspectos permitirão um melhor planejamento das ações que estimulem vinculação e corresponsabilização, mesmo para aqueles que procuram as UPA.

Metodologia

a) Desenho do estudo e população estudada

Estudo do tipo transversal em que foram selecionados todos os prontuários eletrônicos de indivíduos com até 17 anos de idade que receberam atendimento de urgência odontológica na rede de saúde bucal municipal de Curitiba no mês de abril de 2014. A rede de saúde bucal organizada para os atendimentos de urgência é composta por 108 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 03 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) que estão distribuídas em 09 regionais administrativas.

Os serviços de saúde bucal nas UPA de Curitiba funcionam em dias úteis das 19:00 às 23:00 e nos finais de semanas e feriados das 09:00 às 18:00.

Enquanto as UBS funcionam nos dias úteis nos horários que podem variar entre o intervalo das 07:00 às 22:00.

Apenas indivíduos com cadastro definitivo no sistema de prontuários eletrônicos (e-saúde) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba foram incluídos no estudo.

b) Coleta de dados

Os dados foram obtidos do e-saúde que inclui informações de toda a rede de saúde bucal integrante da Atenção Primária à Saúde (APS) da SMS de Curitiba. A variável dependente foi o tipo de equipamento (Unidade Básica de Saúde ou Unidade de Pronto Atendimento) utilizado no atendimento de urgência. Para cada indivíduo atendido na urgência foram obtidas dos prontuários eletrônicos as seguintes informações: gênero, idade, UBS de cadastro, regional administrativa de cadastro, ocorrência de atendimento anterior na rede municipal de saúde bucal, tipo de atendimento da consulta odontológica prévia (última consulta odontológica), tempo da última visita no dentista.

O tipo de atendimento da última consulta odontológica foi dicotomizado em eletivo ou urgência. Verificou-se através do tempo da última consulta se o atendido havia visitado o dentista no último ano, dicotomizado em sim e não. A idade foi dicotomizada em crianças, considerados os indivíduos com até 11 anos e 11 meses de idade, e adolescentes, aqueles com idade a partir de 12 anos. Para definir a ocorrência de atendimento anterior na rede municipal de saúde bucal foi considerado se o atendimento de urgência era o primeiro acesso ou não. As regionais foram agrupadas em regional com UPA e sem UPA.

c) Análises Estatísticas

Os dados coletados foram tabulados e organizados para serem tratados estatisticamente através do programa SPSS® Statistics (versão 20.0; SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). A associação entre o tipo de equipamento utilizado e as demais covariáveis foi analisada através do teste Qui-Quadrado, menos para a variável distância que foi utilizado o teste Qui-Quadrado de tendência linear. A razão de

prevalência com seu respectivo intervalo de confiança de 95% foi incluído na análise. O nível de significância adotado foi de 5%.

Verificou-se a distância entre a região de residência do atendido e a UPA mais próxima através da ferramenta Google Maps (www.googlemaps.com), obtendo a distância percorrida a pé entre a UBS de cadastro e a UPA, categorizando-a em igual ou menor que 3 km, entre 3 e 7 Km e maior ou igual a 7 km de distância.

Este estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná sob o número CAAE: 39323514.3.0000.0102.

Resultados:

Foram analisados 1012 atendimentos de urgência na rede de atenção à saúde bucal da SMS, sendo 690 crianças e 322 de adolescentes. A idade média foi de 9,5 anos (DP= 4,7). No grupo de crianças a idade média foi 6, 8 anos (DP=2,8) e no grupo de adolescentes a idade média foi de 15,3 anos (DP=1,7). Considerando a amostra total, 89,7% dos atendimentos de urgência foram realizados em UBS e 10,3% em UPA(s). Em adolescentes, 14,9% dos atendimentos de urgência foram realizados em UPA(s); esse percentual foi de 8,1% nas crianças. Dos indivíduos com histórico de atendimento, 10,91% apresentaram para a última consulta um atendimento do tipo de urgência. A prevalência de utilização de UPA(s) para o atendimento de urgência entre os adolescentes foi 84% maior do que entre as crianças ($p=0,001$) (TABELA 1).

O atendimento de urgência se caracterizou como primeiro acesso no sistema para 12,2% da amostra total (123/1012), sendo 14,9% das crianças e 6,6% dos adolescentes.

A distância entre a UBS de cadastro e a UPA mais próxima foi significativamente associada ao tipo de equipamento utilizado para o atendimento de urgência tanto na amostra de uma maneira geral, como para crianças e adolescentes. Sendo assim, quanto maior a proximidade entre a UBS de origem e a UPA maior a utilização de UPA para o atendimento de urgência (TABELAS 1, 2 e 3).

Visitar o dentista no último ano na rede de atenção à saúde bucal da SMS foi associado ao tipo de equipamento utilizado para o atendimento de urgência somente para o grupo das crianças. As crianças que haviam sido atendidas há mais de um

ano na rede de atenção à saúde bucal da SMS tiveram um comparecimento na UPA 86% maior do que aquelas que haviam sido atendidas há um ano ou menos na rede de atenção à saúde bucal da SMS ($p=0,023$) (TABELA 2).

Só no grupo de adolescentes houve diferença estatisticamente significativa em relação ao tipo de equipamento utilizado para o atendimento de urgência entre aqueles para os quais o atendimento de urgência foi o primeiro acesso ao sistema de atenção à saúde bucal da SMS e aqueles que já recebiam atendimento odontológico anteriormente.

Adolescentes para os quais o atendimento de urgência foi o primeiro acesso ao sistema de atenção à saúde bucal da SMS apresentaram 2,16 vezes mais comparecimento a UPA do que aqueles que já haviam sido atendidos no sistema de atenção à saúde bucal da SMS (TABELA 3).

TABELA 1- ASSOCIAÇÃO ENTRE O TIPO DE EQUIPAMENTO DE SAÚDE UTILIZADO NA URGÊNCIA ODONTOLÓGICA E AS DEMAIS COVARIÁVEIS DE ESTUDO. CURITIBA-PR, 2014. (N=1012)

		Tipo de equipamento de saúde				Total (100%)	p*	RP*	IC 95%	
Variáveis		UPA	%	UBS	%					
Grupo Etário	Adolescentes	48	14,9	274	85,1	322	0,001	1,84	1,28	2,64
	Crianças	56	8,1	634	91,9	690		1		
Gênero	Feminino	57	10,7	475	89,3	532	0,629	1,09	0,76	1,58
	Masculino	47	9,8	433	90,2	480		1		
Distância entre UBS/UPA	até 3 Km	52	20,9	197	79,1	249	< 0,001	4,99	2,91	8,53
	de 3 a 7 Km	36	9,4	345	90,6	381		2,26	1,27	4
	> 07 Km	16	4,2	366	95,8	382		1		
Presença de UPA próxima à UBS	Sim	41	14,3	245	85,7	286	0,008	1,65	1,14	2,39
	Não	63	8,7	663	91,3	726		1		
1º Acesso ao SUS/saúde bucal	Sim	12	9,8	111	90,2	123	0,839	0,94	0,53	1,67
	Não	92	10,3	797	89,7	889		1		
Tipo do último atendimento**	Urgência	14	14,4	83	85,6	97	0,162	1,47	0,86	2,49
	Eletivo	78	9,8	714	90,2	792		1		
Visitou o dentista no último ano **	Não	35	12,4	247	87,6	282	0,169	1,32	0,89	1,96
	Sim	57	9,4	550	90,6	607		1		

*Teste Qui-quadrado. Resultados significantes ao nível de 5% marcados em negrito.

** Considerado apenas os que já haviam recebido atendimento odontológico na rede de atenção à saúde bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

RP=Razão de prevalência; IC= Intervalo de confiança.

TABELA 2- ASSOCIAÇÃO ENTRE O TIPO DE EQUIPAMENTO DE SAÚDE UTILIZADO NA URGÊNCIA ODONTOLÓGICA E AS DEMAIS COVARIÁVEIS DE ESTUDO EM CRIANÇAS DE ATÉ 11 ANOS. CURITIBA-PR, 2014. (N=690)

		Tipo de equipamento de saúde								
Variáveis		UPA	%	UBS	%	Total (100%)	p*	RP*	IC 95%	
Gênero	Feminino	26	7,5	321	92,5	347	0,547	0,86	0,52	1,42
	Masculino	30	8,7	313	91,3	343		1		
Distância entre UBS/UPA	até 3 Km	29	17,9	133	82,1	162	< 0,001	5,82	2,73	12,41
	de 3 a 7 Km	19	7,1	249	92,9	268		2,3	1,03	5,17
	> 7 Km	8	3,1	252	96,9	260		1		
Presença de UPA próxima à UBS	Sim	16	8,6	169	91,4	185	0,756	1,09	0,63	1,9
	Não	40	7,9	465	92,1	505		1		
1º Acesso ao SUS/Saúde Bucal	Sim	6	5,8	97	94,2	103	0,356	0,68	0,3	1,55
	Não	50	8,5	537	91,5	587		1		
Tipo do último atendimento**	Urgência	7	11,3	55	88,7	62	0,408	1,38	0,65	2,93
	Eletivo	43	8,2	482	91,8	525		1		
Visitou o dentista no último ano **	Não	20	12,9	135	87,1	155	0,023	1,86	1,09	3,17
	Sim	30	6,9	402	93,1	432		1		

*Teste Qui-quadrado. Resultados significantes ao nível de 5% marcados em negrito.

** Considerado apenas os que já haviam recebido atendimento odontológico na rede de atenção à saúde bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

RP=Razão de prevalência; IC= Intervalo de confiança.

TABELA 3- ASSOCIAÇÃO ENTRE O TIPO DE EQUIPAMENTO DE SAÚDE UTILIZADO NA URGÊNCIA ODONTOLÓGICA E AS DEMAIS COVARIÁVEIS DE ESTUDO EM ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS. CURITIBA-PR, 2014. (N=322)

continua

		Tipo de equipamento de saúde								
Variáveis		UPA	%	UBS	%	Total (100%)	p*	RP*	IC 95%	
Gênero	Feminino	31	16,8	154	83,2	185	0,279	1,35	0,78	2,34
	Masculino	17	12,4	120	87,6	137		1		
Distância entre UBS/UPA	até 3 Km	23	26,4	64	73,6	87	< 0,001	4,03	1,89	8,59
	de 3 a 7 Km	17	15	96	85	113		2,29	1,03	5,11
	> 7 Km	8	6,6	114	93,4	122		1		
Presença de UPA próxima à UBS	Sim	25	24,8	76	75,2	101	0,001	2,38	1,42	3,98
	Não	23	10,4	198	89,6	221		1		
1º Acesso ao SUS/Saúde Bucal	Sim	6	30	14	70	20	0,05	2,16	1,04	4,46
	Não	42	13,9	260	86,1	302		1		
Tipo do último atendimento**	Urgência	7	20	28	80	35	0,268	1,53	0,88	3,16
	Eletivo	35	13,1	232	86,9	267		1		

TABELA 3- ASSOCIAÇÃO ENTRE O TIPO DE EQUIPAMENTO DE SAÚDE UTILIZADO NA URGÊNCIA ODONTOLÓGICA E AS DEMAIS COVARIÁVEIS DE ESTUDO EM ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS. CURITIBA-PR, 2014. (N=322)

Variáveis		Tipo de equipamento de saúde				Total (100%)	p*	RP*	IC 95%	
		UPA	%	UBS	%					
Visitou o dentista	Não	15	11,8	112	88,2	127	0,37	0,77	0,42	1,38
no último ano**	Sim	27	15,4	148	84,6	175		1		

*Teste Qui-quadrado. Resultados significantes ao nível de 5% marcados em negrito.

** Considerado apenas os que já haviam recebido atendimento odontológico na rede de atenção à saúde bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

RP=Razão de prevalência; IC= Intervalo de confiança.

Discussão

Embora, na população estudada os atendimentos de urgência tenham sido majoritariamente realizados em Unidades Básicas de Saúde, observa-se que a utilização da UPA aumentou entre os adolescentes, principalmente entre aqueles que buscavam o sistema pela primeira vez. Verificou-se, também, que uma parcela importante dos atendimentos de urgência realizados em crianças se caracterizou como primeiro acesso ao dentista nos serviços de saúde bucal pública. Além disso, a maior proximidade entre a UBS de origem e a UPA associou-se com uma maior utilização da UPA para o atendimento de urgência odontológica, tanto para as crianças como para os adolescentes.

Os resultados foram coerentes com estudos realizados nos Estados Unidos que demonstraram que adolescentes apresentam uma maior prevalência de utilização de serviços essencialmente de urgência para um agravo em saúde bucal quando comparados com crianças [14,15]. O atendimento ao adolescente na UPA pode ser considerado um momento ímpar para sua vinculação ao sistema de saúde, já que nesta fase há uma redução na busca por serviços de saúde [16] e a presença de dor de dente, no Brasil, está associada a uma maior procura por serviços de saúde bucal [17]. Entretanto a frágil integração existente entre a UPA e UBS [18] pode se apresentar como uma importante barreira aos encaminhamentos dos adolescentes para as equipes de saúde bucal da Atenção Básica.

Como observado em outros dois estudos realizados nos Estados Unidos, um analisando atendimentos de urgência em um ambulatório universitário e outro em beneficiários do seguro de saúde Medicaid, verificou-se uma importante taxa de

primeiros acessos de crianças aos serviços de saúde bucal através de uma consulta de urgência [19,20]. Muitos pais/responsáveis procuram o primeiro atendimento odontológico de seus filhos quando percebem a existência de um problema [21,22] e tem sido relatado que crianças com piores condições bucais apresentam uma prevalência maior de acesso aos serviços de saúde pela primeira vez via urgência do que as com melhores condições [20]. Isto pode estar associado à ausência ou a pouca efetividade de ações voltadas à prevenção e promoção de saúde para uma considerável parcela da população infantil, especialmente aquelas provenientes de famílias de baixa renda que tendem a acessar menos os serviços de saúde bucal [21,22] e que durante o primeiro contato recebem atendimentos que são direcionados à demanda espontânea.

Edelstein et al. (2006) ao avaliar crianças e adolescentes atendidos por residentes em hospitais e universidades nos Estados Unidos observaram que muitos que receberam intervenção de urgência odontológica já haviam sido consultados previamente nesta modalidade de atendimento em um período inferior a um ano [6]. Resultado semelhante aos observados neste estudo que apontou que muitas crianças e adolescentes haviam recebido na última consulta atendimento para urgência odontológica. Esta ocorrência pode estar associada às iniquidades existentes no acesso ao dentista regular [21-23], já que o principal agravo relacionado com a dor de dente [8,24-27], e a utilização dos serviços de urgências [11,28,29], a cárie dentária, é uma enfermidade que pode ser prevenida e tratada facilmente quando diagnosticada precocemente ao nível da atenção básica. Outro aspecto a ser considerado é o tipo de intervenção realizado nas UPA, já que são predominantemente paliativos [11] e dentes cariados são deixados sem tratamento, condições estas que podem evoluir rapidamente para um novo quadro agudo ou infeccioso.

Verificou-se também que crianças em situação urgência que apresentavam histórico de consultas não regulares nas UBS eram mais propensas a serem atendidas na UPA. Este fato deve ser observado com cuidado, principalmente em crianças com idade pré-escolar, já que quando atendidas na UPA para uma consulta de urgência odontológica podem não receber procedimentos de alívio imediato de sua dor [11], perpetuando, assim, a dor e os seus impactos nas atividades cotidianas, como brincar, comer, dormir e ir para escola [6,8,9]. Considerando crianças que não visitaram o dentista no último ano, estratégias de monitoramento

pelos profissionais de saúde bucal da atenção básica deveriam ser adotadas, reduzindo dessa forma a utilização das UPA por crianças.

Fonseca et al. (2014) observaram que a utilização de um serviço de urgência odontológica municipal de Piracicaba em São Paulo não foi influenciada pela presença de equipes de saúde bucal na área de residência dos atendidos e que indivíduos provenientes de regiões de maior vulnerabilidade social eram os que mais utilizavam estes serviços [30]. O presente estudo demonstrou que crianças e adolescentes residentes em regiões mais próximas da UPA utilizavam mais este tipo de equipamento de saúde para um atendimento de urgência odontológica. Como os procedimentos realizados na UPA podem ser executados também nas UBS [29,30], aspectos relacionados à facilidade de acesso, como a proximidade e horários diferenciados de atendimento, podem estar associados a uma maior procura da UPA por crianças e adolescentes, em especial as oriundas de famílias de baixa renda. Neste sentido a UPA poderia estar contribuindo para a redução das iniquidades no acesso aos serviços de saúde bucal.

Conclusão

As UBS foram responsáveis pela maior parte dos atendimentos de urgência odontológica. Crianças e adolescentes com menor vínculo na UBS e residentes próximos às UPA apresentaram uma prevalência maior de utilização da UPA para um atendimento de urgência. Barreiras e iniquidades de acesso devem ser consideradas durante o planejamento da rede de atenção à urgência odontológica de crianças e adolescentes na rede pública de saúde.

Referências

1. Machado CV, Baptista TWF, Nogueira CO. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. Cad. Saúde Pública 2011; 27(3):521-532. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/12.pdf>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2016.
2. Manfredini MA, Moysés SJ, Noro LRA, Narvai PC. Assistência Odontológica Pública e Suplementar no Município de São Paulo na Primeira Década do Século XXI Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.2, p.323-335, 2012. Disponível em :<

- <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n2/a07v21n2.pdf>>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2016
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, DF, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf. Acessado em: 06 de janeiro de 2016.
 4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira 2010: resultados principais. Brasília, DF, 2011. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf >. Acessado em: 10 de fevereiro de 2016.
 5. Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007. International Dental Journal 2008, 59:115-121. Disponível em:< http://www.who.int/oral_health/publications/IDJ_June_08.pdf >. Acessado em 13 de fevereiro de 2016.
 6. Edelstein B, Vargas CM, Candelaria D, Vemuri M. Experience and policy implication of children presenting with dental emergencies to US pediatric dentistry training programs. Pediatric Dentistry 2006, 28(5):431-437. Disponível em: < <http://www.aapd.org/assets/1/25/431%20Edelstein.pdf> >. Acessado em: 13 de fevereiro de 2013.
 7. Kozmhinsky VMR, Heimer M, Goes PSA. Sociodemographic factors and oral health conditions related to the impact on the quality of life of adolescents. Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic. 2016, 16(1):35-42. Disponível em:< DOI: <http://dx.doi.org/10.4034/PBOCI.2016.161.04> >. Acessado em:10 de maio de 2016.
 8. Schuch HS, Correa MB, Torriani DD, Demarco FF, Goettems ML. Perceived Dental Pain: Determinantes and impact on brazilian schoolchildren. J Oral Facial Pain Headache 2015; 29:168-176. doi: 10.11607/ofph.1414.
 9. Moura-Leite FR, Ramos-Jorge J, Ramos-Jorge ML, Paiva SM, Vale MP, Pordeus IA. Impact of Dental pain on daily living of five-year-old brazilian preschool children: prevalence and associated factors. European Archives of Paediatric Dentistry 2011; 12(6):293-297. Disponível em:<

- <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF03262826>>. Acessado em: 24 de abril de 2016.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Urgência e Emergência. Política Nacional de Atenção a Urgência e Emergência. 3ª edição ampliada Brasília, DF, 2006. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf>. Acessado em: 10 de fevereiro de 2016.
 11. Machado GCM; Daher A; Costa LR. Factors associated with no dental treatment in preschoolers with toothache: A cross-sectional study in outpatient public emergency service. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2014; 11:8058-8068. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4143849/>>. Acessado em 12 de fevereiro de 2016.
 12. Sakai VM, Magalhães AC Silva SMB, Machado MAAM. Perfil de tratamento de urgência de crianças de 0 a 15 anos atendidas no serviço de urgência odontológica da faculdade de odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo J Appl Oral Sci. 2005;13(4):340-4. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/jaos/v13n4/27307.pdf>>. Acessado em 10 de fevereiro de 2016.
 13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012. Disponível em:< <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acessado em: 13 de fevereiro de 2016.
 14. Sun BC, Chi DC, Schwarz E, Milgrom P, Yagapen A, Malveau S et al. Emergency department visits for nontraumatic dental problems: a mixed-methods study. American Journal of Public Health. 2015; 105(5):947-955. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4386544/>>. Acessado em: 03 de março de 2016.
 15. Davis EE, Deinard AS, Maiga EWH. Doctor, my tooth hurts: the cost of incomplete dental care in the emergency room. Journal of Public Health Dentistry. 2010; 70:205-210. Disponível em:< <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1752-7325.2010.00166.x/abstract;jsessionid=BA5073855FEBF45CFB69133163F3A6F4.f02t01>>.

16. Chi DL, Momany ET, Neff J, et al. Impact of chronic condition status and severity on dental utilization for Iowa Medicaid-enrolled children. *Med Care*. 2011;49(2):180-192. Disponível em:<
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3095041/>>. Acessado em 03 de março de 2016.
17. Baldani ML, Pupo YM, Lawder JAC, Silva FFM, Antunes JLF. Determinantes Individuais da Utilização Recente de Serviços Odontológicos por Adolescentes e Adultos Jovens de Baixa Renda. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa. 2011; 11(1):91-98. Disponível em:<
<http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/1262/620>>. Acessado em: 10 de fevereiro de 2016.
18. Austregésilo SC, Leal MCC, Figueiredo N, Góes PSA. A Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(10):3111-3120. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3111.pdf>>. Acessado em: 03 de março de 2016.
19. Agostin FG, Flaitz CM, Hicks MJ. Dental emergencies in a university-based pediatric dentistry postgraduate outpatient clinic: a retrospective study. *ASDC J Dent Child* 2001 Sep-Dec;68(5-6):316-21, 300-1.
20. Divaris K, Lee JY, Baker AD, Gizlice Z, Rozier RG, DeWalt DA et al. Influence of caregivers and children's entry into the dental care system. *Pediatrics* 2014 May;133(5):1268-76. Disponível em:<
<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/133/5/e1268.full.pdf>>. Acessado em 13 de fevereiro de 2016.
21. Noro LRA, Roncalli AG, Mendes Júnior FIR, Lima KC. A utilização de serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(7):1509-1516. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n7/05.pdf>>. Acessado em: 03 de março de 2016.
22. Baldani MH, Mendes YB, Lawder JA, de Lara AP, Rodrigues MM, Antunes JL. Inequalities in dental services utilization among Brazilian low-income children: the role of individual determinants. *J Public Health Dent*. 2011 Winter;71(1):46-53. doi: 10.1111/j.1752-7325.2010.00201.x

23. Rodrigues LAM, Martins AMEBL, Silveira MF, Ferreira RC, Souza JGS, Silva JM et al. Uso de serviços odontológicos entre pré-escolares: estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(10):4247-4256. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n10/1413-8123-csc-19-10-4247.pdf>>. Acessado em 13 de fevereiro de 2016.
24. Boeira GF, Correa MB, Peres KG, Peres MA, Santos IS, Matijasevich A et al. Caries is the main cause for dental pain in childhood: findings from a birth cohort. *Caries res* 2012; 46:488-495. Disponível em:< <https://www.karger.com/Article/Pdf/339491>>. Acessado em: 26 de abril de 2016.
25. Wong NHY, Tran C, Pukallus M, Holcombe T, Seow WK. A three-year retrospective study of emergency visits at an oral health clinic in south-east Queensland. *Aust Dent J*. 2012 Jun;57(2):132-7. Disponível em:< <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1834-7819.2012.01688.x/epdf>>. Acessado em 03 de março de 2016.
26. Peres MA, Peres KG, Frias AC, Antunes JL. Contextual and individual assessment of dental pain period prevalence in adolescents: a multilevel approach. *BMC Oral Health*. 2010 Aug 13;10:20. Disponível em:< <http://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6831-10-20>>. Acessado em 15 de abril de 2016.
27. Ferreira-Júnior OM, Freire Mdo C, Moreira Rda S, Costa LR. Contextual and individual determinants of dental pain in preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2015 Aug;43(4):349-56. Disponível em:< <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cdoe.12159/pdf>>. Acessado em: 26 de abril de 2016.
28. Squair AQ, Gomes GB, Oliveira A, Goettems ML, Romano AR, Schardozim LR et al. Dental emergencies in a university pediatric dentistry clinic: a retrospective study. *Braz Oral Res*. 2012 Jan_Feb;26(1):50-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bor/v26n1/a09.pdf>. Acessado em: 15 de abril de 2016.
29. Prado MC, Casotti CA, Francisco KSM, Sales AS. Perfil dos usuários e agravos em crianças e adolescentes atendidos em um pronto atendimento odontológico. *Rev.Saúde.Com* 2014; 10(4):368-375. Disponível em:< <http://docplayer.com.br/351593-Artigo-original-perfil-dos-usuarios-e-agrivos-em-criancas-e-adolescentes-atendidos-em-um-pronto-atendimento-odontologico.html>>. Acessado em: 18 de abril de 2016.

30. Fonseca DAV, Mialhe FL, Ambrosano GMB, Pereira AC, Meneghim MC. Influência da organização da atenção básica e das características sociodemográficas da população na demanda pelo pronto atendimento odontológico municipal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(1):269-277. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00269.pdf> >. Acessado em: 03 de março de 2016.

3.2 DESCONTINUIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE RECEBERAM ATENDIMENTO DE URGÊNCIA NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a descontinuidade do cuidado em saúde bucal entre crianças e adolescentes que acessaram os serviços odontológicos de urgência nas unidades básicas de saúde (UBS) e de pronto atendimento (UPA) de Curitiba.

MÉTODOS: Estudo prospectivo que avaliou 1012 prontuários de indivíduos de 0 a 17 anos e com cadastro definitivo no sistema único de saúde de Curitiba (SUS/Curitiba). Utilizou-se de dados demográficos e da utilização dos serviços dos atendidos. Definiu-se como desfecho a ausência de algum registro de consulta eletiva na UBS no período de 06 meses subsequentes ao atendimento de urgência. Os dados foram estratificados pelo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) da região do atendido em médio/alto e muito alto. Utilizou-se para as análises o teste Qui-Quadrado ($\alpha=0,05$), estimando-se o risco relativo (RR) (IC95%).

RESULTADOS: A incidência de descontinuidade do cuidado foi de 42,2%. No estrato de IDHM médio/alto o risco de descontinuar foi maior nos menores de 05 anos (RR= 1,27; IC95%: 1,02-1,57), quando o atendimento foi caracterizado como primeiro acesso a saúde bucal do SUS/Curitiba (RR= 1,37; IC95%: 1,11-1,69) e se não havia visitado o dentista no último ano no SUS/Curitiba (RR= 1,44; IC95%: 1,20-1,74). A utilização da UPA se demonstrou associada à descontinuidade independente do IDHM (RR= 1,53; IC95%: 1,10-2,13).

CONCLUSÃO: Muitas crianças e adolescentes descontinuaram o cuidado em saúde bucal, principalmente quando utilizaram as UPA. Em indivíduos de regiões de IDHM médio/alto para aqueles com pouca idade e menor vínculo na UBS o risco de descontinuar o cuidado ao receberem atendimento de urgência foi maior. Medidas e ações que estimulem a continuidade do cuidado em saúde bucal são estratégias que podem favorecer o vínculo desses indivíduos com as equipes de atenção básica, possibilitando a realização de uma atenção de modo integral e longitudinal.

Palavras-chave: Saúde bucal, odontalgia, sistema único de saúde, criança, adolescente.

DISCONTINUITY OF DENTAL CARE AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS WHO RECEIVED URGENT CARE AT PUBLIC SERVICES

ABSTRACT

OBJECTIVE: Analyze discontinuity in dental care for children and adolescents who received urgent care at primary and urgent care units in the city of Curitiba, Brazil.

METHODS: A prospective study was conducted involving the analysis of 1012 charts of individuals aged 0 to 17 years definitively registered with the Curitiba public healthcare system. Demographic characteristics and data on the utilization of services were collected. The outcome was the absence of any record of an elective appointment at primary care units within six months following urgent care. The data were stratified by the Municipal Human Development Index (MHDI) (medium/high and very high). Statistical analysis involved the chi-square test with the estimation of relative risk (RR) and respective 95% confidence intervals (CI).

RESULTS: The incidence of the discontinuity of care was 42.2%. In the group with a medium/high MHDI, the risk of discontinuity was greater among children less than five years of age (RR=1.27; 95%CI: 1.02-1.57), individuals for whom treatment constituted the first access to the Curitiba oral healthcare system (RR=1.37; 95%CI: 1.11-1.69) and those with more than one year since their last appointment with a dentist in the Curitiba oral healthcare system (RR=1.44; 95%CI: 1.20-1.74). The use of urgent care units was associated to discontinuity independently of the MHDI (RR=1.53; 95%CI: 1.10-2.13).

CONCLUSION: Many children and adolescents discontinued dental care, especially when urgent care was performed at an urgent care unit. The risk of discontinuity of oral care among individuals who received urgent care was higher among younger children and individuals with less of a link to primary care units in areas with a medium/high MHDI. Measures and actions that stimulate the continuity of dental care constitute strategies that can favor stronger links between individuals and primary healthcare teams, enabling the offer of integral, long-term oral health care.

KEY WORDS: Oral health, dental pain, Brazilian public healthcare system, child, adolescent.

INTRODUÇÃO

Sistemas de saúde que se organizam através da Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam melhores indicadores de saúde, equidade de acesso e custos mais baixos¹. A APS é o primeiro nível de atenção no sistema de saúde e suas ações devem ser humanizadas e centradas no indivíduo, abordando a família e orientada para comunidade. Caracteriza-se, também, pela resolutividade e integração, acompanhamento do indivíduo ao longo do tempo e como porta preferencial de acesso ao sistema de saúde². Estes aspectos tornam possível a

construção de uma relação estável, personalizada e de longa duração entre a população e os profissionais de saúde, denominada de longitudinalidade³. A longitudinalidade é um atributo da APS imprescindível para que a atenção à saúde torne-se, de fato, efetiva, seja para o manejo de doenças crônicas, saúde reprodutiva, desordens mentais ou crescimento saudável de crianças².

As condições crônicas de saúde, cada vez mais prevalentes na população devido à transição demográfica, compartilham dos mesmos fatores de risco, associados ao estilo de vida, hábitos alimentares, uso de tabaco, consumo excessivo de álcool e padrões de higiene. Hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares e, inclusive, doenças bucais, fazem parte deste tipo de condição⁴ e podem apresentar no seu transcurso processos de agudização.

Um importante desfecho de saúde bucal que poderia ser utilizado pelos sistemas de saúde, como um claro indicador de saúde na população, é a ausência de dor/desconforto de origem dental⁵. A literatura tem demonstrado que a qualidade de vida e a percepção da saúde bucal de crianças e adolescentes são fortemente impactados por episódios de dor de dente^{5,6}. Esta condição, também, pode gerar transtornos aos pais/responsáveis, como o absenteísmo ao trabalho⁷. No Brasil, apesar dos avanços dos últimos anos na área de saúde bucal coletiva⁸, a prevalência de dor de dente ainda atinge uma parcela significativa da população infantil⁹ e de adolescentes⁶. No município de São Paulo foi observado que 25,6% dos adolescentes relatavam terem sofrido de dor de dente nos últimos seis meses¹⁰. Ainda, ao avaliar a frequência de dor em crianças no Brasil, Ferreira-Junior et al. (2015)⁹ encontraram para uma prevalência de 22%. Além disso, estudos verificaram que regiões com piores índices de desenvolvimento humano (IDH) apresentam entre crianças e adolescentes mais relatos de dor de dente^{9,10}.

A utilização regular de serviços de saúde bucal, especialmente os serviços preventivos tem sido associada a uma menor utilização de serviços de urgência¹¹. Estudos têm avaliado fatores associados à utilização dos serviços odontológicos de urgência, principalmente em universidades e/ou em departamentos de emergência hospitalares¹²⁻¹⁴, porém, ainda faltam pesquisas que avaliem a continuidade do cuidado na atenção regular de crianças e adolescentes atendidas na urgência odontológica.

No Sistema nacional de saúde, o SUS, a APS é estruturada através de uma rede de equipamentos de saúde, denominados de Unidades Básicas de Saúde

(UBS), que situam próximos à residência dos indivíduos. As UBS se apresentam como fonte regular de cuidados primários à saúde¹⁵ e devem ser o principal ponto de contato entre os usuários e o sistema de saúde. Neste sistema, para os atendimentos dos casos de saúde emergenciais, existem as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que junto com as UBS e outros locais de atendimento, compõem a rede de atenção à urgência e emergência.

Embora os termos longitudinalidade e continuidade do cuidado sejam usualmente interpretados com sentidos semelhantes¹⁵, Starfield (2002)³ entende que eles apresentam características bem distintas. Enquanto a longitudinalidade é o acompanhamento dos indivíduos ao longo do tempo por uma mesma equipe de saúde, observando todas as necessidades de saúde, a continuidade do cuidado refere a um problema específico que pode ou não ser acompanhado por uma mesma equipe.

Como o relato de dor de dente é motivado, principalmente por agravos passíveis de prevenção e tratamento na APS, e esta, por sua vez, é o nível de atenção do sistema de saúde responsável pelo acompanhamento dos indivíduos longitudinalmente, o objetivo deste estudo foi analisar os fatores associados à descontinuidade do cuidado em saúde bucal na UBS de crianças e adolescentes que receberam atendimento de urgência nas UBS e UPA de Curitiba.

Um melhor entendimento desses fatores poderá auxiliar gestores públicos na organização de uma rede de saúde bucal que vise o estabelecimento de vínculo entre crianças e adolescentes atendidos na urgência odontológica e o sistema de saúde.

MÉTODOS

Desenho do estudo e população estudada

Estudo do tipo prospectivo no qual foram selecionados todos os prontuários eletrônicos de indivíduos da faixa etária entre 0 e 17 anos que acessaram serviços de urgência nos equipamentos de saúde bucal municipal de Curitiba no mês de abril de 2014. Os atendimentos à urgência em saúde bucal em Curitiba são realizados em 108 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e três Unidades de Pronto Atendimento (UPA) distribuídas em nove regionais administrativas.

Apenas indivíduos com cadastro definitivo no sistema de prontuários eletrônicos (e-saúde) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba foram incluídos no estudo.

Coleta de dados e aspectos éticos

Os dados foram obtidos do sistema de prontuários eletrônicos, chamado e-saúde, que inclui informações de toda a rede de saúde bucal integrante da Atenção Primária à Saúde (APS) e da rede de urgência e emergência da SMS de Curitiba. Considerou-se como descontinuidade do cuidado a ausência de registro de atendimento odontológico eletivo na UBS nos seis meses subsequentes ao atendimento de urgência. Para cada indivíduo atendido na urgência foram obtidas dos prontuários eletrônicos as seguintes informações: gênero, idade, UBS de cadastro, regional administrativa de cadastro, ocorrência de atendimento anterior na rede municipal de saúde bucal, tipo de atendimento da consulta odontológica prévia (última consulta odontológica), data da última visita no dentista, tipo de equipamento de saúde utilizado para o atendimento de urgência.

Para avaliação de aspectos contextuais, foi selecionado o índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM). O IDHM é o ajuste, ao nível municipal, do índice de desenvolvimento humano (IDH), que, como este último, avalia as dimensões de renda, educação e longevidade na população. O seu valor pode variar entre 0 e 1, sendo quanto mais próximo de 1, melhor a condição apresentada na população. Nas regiões metropolitanas, o IDHM é atribuído a recortes espaciais intrametropolitanas que apresentam características socioeconomicamente mais homogêneas, chamadas de unidades de desenvolvimento humano (UDH)¹⁶. Segundo os últimos dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) de 2013, os valores dos IDHM das UDH do município de Curitiba variaram entre 0,62 a 0,93.

O valor do IDHM da respectiva UDH da residência do atendido foi obtido através do mapa para o desenvolvimento humano, disponível no endereço eletrônico <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/> (PNUD 2013), sendo utilizado para a busca o endereço da UBS de cadastro do indivíduo.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná e foi aprovado sob o número CAAE: 39323514.3.0000.0102.

Análises Estatísticas

Os dados coletados foram consolidados e tratados estatisticamente através do programa SPSS® Statistics (versão 20.0; SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). A associação entre a descontinuidade do cuidado e as demais covariáveis foi analisada através do teste Qui-Quadrado. O risco relativo com o seu respectivo intervalo de confiança de 95% foi incluído na análise. O nível de significância adotado foi de 5%.

Para a análise estatística foram dicotomizadas as variáveis, tipo do último atendimento odontológico (eletivo e urgência), tipo de equipamento utilizado na urgência odontológica (UPA e UBS). A idade foi categorizada em três faixas etárias (até 04 anos, 05 até 11 anos e 12 anos ou mais). Para definir a ocorrência de atendimento anterior na rede municipal de saúde bucal foi considerado se o atendimento de urgência era o primeiro acesso ou não. Verificou-se se o atendido havia visitado o dentista no SUS/Curitiba no último ano (sim e não). A descontinuidade do cuidado na UBS, variável desfecho, foi verificada através da ausência de algum registro no prontuário eletrônico para uma consulta programada ou de avaliação inicial no período de seis meses subsequentes ao atendimento de urgência.

Os dados foram estratificados em dois grupos de acordo com o valor do IDHM apresentado nas UDH e classificado conforme o PNUD: entre 0,600 a 0,799, médio/alto, e acima de 0,799, muito alto.

RESULTADOS

Foram avaliados 1012 prontuários eletrônicos de diferentes pacientes atendidos na urgência na rede municipal de atenção à saúde bucal de Curitiba no mês de abril de 2014, sendo que destes 908 receberam atendimento nas UBS e 104 nas UPA. A idade média dos indivíduos atendidos foi de 09 anos, 05 meses e 26

dias (DP=4,7). Da amostra total, 66,8% e 33,2% residiam em regiões de médio/alto e muito alto IDHM, respectivamente.

TABELA 4- ASSOCIAÇÃO ENTRE A DESCONTINUIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL E AS DEMAIS VARIÁVEIS NO GRUPO DE MUITO ALTO IDHM. CURITIBA- PR, 2014. (N=336)

Variável		Descontinuidade do cuidado				Total (100%)	P*	RR	IC 95%	
		Sim	%	Não	%					
Faixa etária	≤ 04 anos	23	40,4	34	59,6	57	0,979	0,99	0,78	1,27
	05 a 11 anos	75	40,5	110	59,5	185		1		
	≥ 12 anos	36	38,3	58	61,7	94	0,717	0,96	0,79	1,17
1º Acesso ao SUS/Saúde Bucal	Sim	20	47,6	22	52,4	42	0,274	1,23	0,87	1,74
	Não	114	38,8	180	61,2	294		1		
Tipo de equipamento	UPA	18	58,1	13	41,9	31	0,03	1,53	1,10	2,13
	UBS	116	38,0	189	62,0	305		1		
Tipo do último atendimento**	Urgência	7	26,9	19	73,1	26	0,194	0,67	0,35	1,29
	Eletivo	107	39,9	161	60,1	268		1		
Visitou o dentista no último ano**	Não	33	37,1	56	62,9	89	0,694	0,94	0,68	1,29
	Sim	81	39,5	124	60,5	205		1		
Gênero	Masculino	58	37,7	96	62,3	154	0,445	0,90	0,69	1,18
	Feminino	76	41,8	106	58,2	182		1		

* Teste do Qui Quadrado. Resultados significantes ao nível de 5% marcados em negrito.

**Considerado apenas os que já haviam recebido atendimento odontológico na rede de atenção à saúde bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

RR=Risco Relativo; IC= intervalo de confiança

A distribuição de frequência por gênero na população de estudo se apresentou de maneira equilibrada, sendo 52,6%, do gênero feminino, não havendo diferença significativa entre o gênero e a descontinuidade do cuidado ($p=0,405$).

O risco relativo de descontinuar o cuidado na UBS para o grupo de médio/alto IDHM foi 27% maior nos menores de 05 anos ($p=0,017$), 37% maior quando o atendimento de urgência se caracterizou como primeiro acesso aos serviços de saúde bucal do SUS/Curitiba ($p=0,009$) e 44% maior quando não havia visitado o dentista no último ano no SUS/Curitiba ($p< 0,001$) (TABELA 5).

O atendimento de urgência odontológica quando realizado nas UPA esteve associado a um maior risco de descontinuidade do cuidado na UBS independente do grupo do IDHM, sendo 34% e 53 %, para os grupos de muito alto ($p=0,03$) e médio/alto ($p=0,019$), respectivamente (TABELAS 4 e 5).

Os resultados demonstraram uma taxa de incidência de descontinuidade do cuidado na população estudada de 42,2%. Os grupos de médio/alto (43,3%) e muito alto IDHM (39,8%) apresentaram incidências muito próximas.

TABELA 5- ASSOCIAÇÃO ENTRE A DESCONTINUIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL E AS DEMAIS VARIÁVEIS NO GRUPO DE MÉDIO/ALTO IDHM. CURITIBA- PR, 2014. (N=676)

Variáveis		Descontinuidade do cuidado				Total (100%)	p*	RR*	IC 95%	
		Sim	%	Não	%					
Faixa etária	≤ 04 anos	65	55,6	52	44,4	117	0,017	1,27	1,02	1,57
	05 a 11 anos	127	38,4	204	61,6	331		1		
	≥ 12 anos	101	44,3	127	55,7	228	0,161	1,11	0,96	1,28
1º Acesso ao SUS/Saúde Bucal	Sim	46	56,8	35	43,2	81	0,009	1,37	1,11	1,69
	Não	348	58,5	247	41,5	595		1		
Tipo de equipamento	UPA	41	56,2	32	43,8	73	0,019	1,34	1,07	1,68
	UBS	252	41,8	351	58,2	603		1		
Tipo do último atendimento**	Urgência	36	50,7	35	49,3	71	0,094	1,26	0,98	1,62
	Eletivo	211	40,3	313	59,7	524		1		
Visitou o dentista no último ano**	Não	101	52,3	92	47,7	193	<0,001	1,44	1,20	1,74
	Sim	146	36,3	256	63,7	402		1		
Gênero	Masculino	138	42,3	188	57,7	326	0,608	0,96	0,80	1,14
	Feminino	155	44,3	195	55,7	350		1		

* Teste do Qui Quadrado. Resultados significantes ao nível de 5% marcados em negrito.

**Considerado apenas os que já haviam recebido atendimento odontológico na rede de atenção à saúde bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

RR=Risco Relativo; IC= intervalo de confiança

DISCUSSÃO

Uma importante parcela de crianças e adolescentes não apresentou continuidade do cuidado após atendimento de urgência odontológica recebido na rede de saúde bucal pública. Em regiões com piores indicadores sociais, o fato de ser criança pequena, ter consultado há mais tempo no dentista e não ter utilizado o serviço de saúde bucal público anteriormente estiveram relacionados ao não retorno. Já a utilização da UPA esteve associada à descontinuidade do cuidado, independente do IDHM atribuído à área de residência do atendido.

No município de Curitiba, a maior parte da sua população, cerca de 60%, reside em regiões de IDHM classificado como muito alto¹⁶. No presente estudo foi

demonstrado que crianças e adolescentes que procuraram os serviços públicos municipais de saúde bucal para um atendimento de urgência eram oriundos, em sua maioria, de áreas da cidade que apresentavam IDHM entre médio e alto. Este resultado pode estar relacionado ao maior risco de crianças e adolescentes apresentarem dor de dente conforme diminui o valor do IDH da região^{10,11}. Além disso, a busca pelos serviços do SUS é reduzida com o aumento da renda e da educação¹⁷, sendo estes, indicadores diretamente relacionados ao valor atribuído ao IDHM¹⁶. É provável que quanto maior o IDHM da região, menor a demanda pelos serviços do SUS, inclusive, os de urgência odontológica.

Ao controlar os fatores contextuais, neste estudo expresso pelo IDHM, verificou-se que a proporção de indivíduos dos diferentes estratos que descontinuaram o cuidado em saúde bucal após o atendimento de urgência foi muito próxima. Em um estudo envolvendo estadunidenses, fatores de risco social também não estiveram associados à continuidade do atendimento odontológico de urgência realizado em um hospital pediátrico¹⁴. Entretanto alguns autores encontraram associação entre a utilização de serviços odontológicos de urgência com piores condições socioeconômicas e bucais^{12,18}.

No presente estudo muitos indivíduos não continuaram o atendimento de urgência na atenção regular, como também observado em outros estudos realizados nos Estados Unidos envolvendo crianças^{12,14} e adultos¹³. Neste sentido, muitas crianças e adolescentes que buscam os serviços de saúde motivados por dor de dente estão sujeitas a novos episódios de dor e sofrimento, inclusive com impactos em suas atividades cotidianas, como ir para escola, comer, brincar, dormir^{5,6}. O acompanhamento regular deste grupo etário pela atenção à saúde bucal no SUS prestada nas UBS poderia, além de tratar e controlar a evolução das lesões de cárie, evitar a procura recorrente ao dentista devido a um episódio de dor.

No estudo realizado foi encontrado que crianças menores de 05 anos do grupo de IDHM médio/alto retornavam menos na atenção regular após um atendimento de urgência odontológica. Aliado a isso, estudos indicam que atendimentos realizados em crianças nos serviços de urgência apresentam baixa resolatividade¹⁴, podendo levar a um agravamento ainda maior do problema apresentado, já que quanto mais adiado é o tratamento odontológico de crianças pequenas, mais sério e mais difícil se torna o tratamento, e, também, o acesso ao serviço de saúde necessário é dificultado¹⁹. Esta menor procura por crianças

pequenas podem estar relacionados à baixa percepção dos pais, principalmente os provenientes de famílias sócio vulneráveis, sobre a importância da saúde bucal e da necessidade de consultas odontológicas regulares em filhos com pouca idade²⁰.

Verificou-se que em indivíduos do grupo de IDHM médio/alto que não visitaram o dentista no último ano, o risco de descontinuar o cuidado em saúde bucal era maior. Em outro estudo, limitado a adultos estadunidenses beneficiários do programa de saúde Medicaid, observou-se resultado semelhante. Observa-se assim, a importância da regularidade das consultas odontológicas para crianças e adolescentes. Considerando que ao nível de sistema de saúde, a adesão de crianças ao atendimento odontológico é favorecida quando existe uma política de referenciamento pelos médicos de família e pediatras para o dentista²⁰, mudanças nos processos de trabalho que estabeleçam fluxos regulares, entre as equipes médica e de enfermagem com as equipes de saúde bucal, principalmente para aqueles sem acompanhamento regular no dentista, poderia facilitar a continuidade do cuidado na atenção à saúde bucal, inclusive para aqueles que procurassem os serviços de urgência.

Ainda foi demonstrado que o risco de não dar seguimento ao atendimento na UBS nos indivíduos residentes em áreas de IDHM médio/alto era maior quando a consulta de urgência foi caracterizada como sendo o primeiro contato com os serviços públicos de saúde bucal. Estudos têm demonstrado que crianças e adolescentes, oriundas de famílias que apresentam piores condições socioeconômicas, recorrem aos serviços de saúde bucal apenas quando percebem um problema bucal^{21,22}, inclusive para aqueles que procuram o dentista pela primeira vez^{12,21}, e também naqueles que buscam menos os serviços de saúde bucal regular²². O acolhimento, enfatizado na Política Nacional de Saúde Bucal²³, pode ter um papel importante na vinculação destes menores com o sistema de saúde já que muitos estão tendo a primeira experiência com os serviços e a construção de vínculo com a equipe de saúde pode depender de quão resolutivo possa ser este atendimento.

A procura por um serviço direcionado para o atendimento das urgências odontológicas, como o setor de saúde bucal das UPA, esteve relacionado à descontinuidade do cuidado de crianças e adolescentes na atenção regular. Embora indivíduos com piores condições socioeconômicas procurem mais os serviços de urgência²⁵e, além disso, encontrem mais barreiras de acesso aos serviços regulares

de saúde bucal^{21,22}, a interação, ainda pouco efetiva, entre a UPA e a UBS²⁵ pode estar contribuindo para esta descontinuidade. Estratégias que orientem os atendidos nas UPA a procurar o dentista nas UBS, como a utilização de guias de referência e contra referência poderia minimizar este problema. Observando os indivíduos oriundos de áreas de IDHM muito alto, apesar de terem descontinuado o cuidado nas UBS após buscarem a UPA para um atendimento de urgência, podem ter dado sequência ao tratamento em serviços alternativos ao público, limitando-se a um atendimento pontual na UPA em um momento de indisponibilidade de oferta de outros serviços.

Como todo estudo que envolve apenas dados secundários, algumas limitações foram observadas. Alguns aspectos que poderiam estar associados ao desfecho, como o nível de urgência de cada atendimento e dados demográficos dos pais não foram passíveis de serem coletados devido a inconsistências encontradas nos registros. Outro ponto que deve ser considerado é que apenas serviços públicos foram avaliados no seguimento dos atendidos na urgência odontológica. Devido aspectos éticos não se pode utilizar o endereço residencial do atendido para determinar à respectiva UDH, utilizando-se assim o da UBS de cadastro. Entretanto, considerando que este estudo foi desenvolvido em uma grande metrópole que conta com uma rede de atenção à saúde bucal pública estruturada, onde a faixa etária estudada utiliza os serviços do SUS com grande frequência, acaba por minimizar os efeitos dessas limitações na validade dos resultados.

Muitas crianças e adolescentes descontinuaram o cuidado em saúde bucal ao receberem um atendimento de urgência nos equipamentos públicos de saúde, principalmente quando utilizaram as UPA. Em indivíduos residentes em áreas de IDHM médio/alto, a menor idade e o menor vínculo na UBS estiveram associados ao maior risco de descontinuidade do cuidado.

O acesso aos serviços de saúde bucal muitas vezes ocorre por meio da urgência odontológica. Os resultados deste estudo indicam a clara necessidade de ampliar as medidas e ações que estimulem a continuidade do cuidado em saúde bucal de crianças e adolescentes atendidos na urgência. Essa estratégia pode favorecer o vínculo desses indivíduos com as equipes de atenção básica, possibilitando a realização de uma atenção à saúde de modo integral e longitudinal.

REFERÊNCIAS

1. Starfield, B., and L. Shi. "Policy Relevant Determinants of Health: An International Perspective." *Health Policy*. 2002;60(3):201–16. DOI:10.1016/S0168-8510(01)00208-1
2. Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados Primários à Saúde - agora mais que nunca. Geneva, Organização Mundial da Saúde, 2008. Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf
3. Starfield, B. Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf
4. Relatório Mundial de Saúde 2005: Prevenção de doenças crônicas um investimento vital. Geneva, Organização Mundial da Saúde 2005. Disponível em: www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf
5. Shepherd MA, Nadanovsky P, Sheiham A. The prevalence and impact of dental pain in 8-year-old school children in Harrow, England. *Br Dent J*. 1999 Jul 10; 187(1):38-41. DOI:10.1038/sj.bdj.4800197a
6. Peres KG, Cascaes AA, Leão ATT, Côrtes MLS. Aspectos sociodemográficos e clínicos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adolescentes. *Rev Saúde Pública*. 013; 47(Supl 3):19-28. DOI:10.1590/S0034-8910.2013047004361
7. Ribeiro GL, Gomes MC, Lima KC, Martins CC, Paiva SM, Granville-Garcia AF. Work absenteeism by parents because of oral conditions in preschool children. *Int Dent J*. 2015 Dec;65(6):331-7. DOI:10.1111/idj.12184.
8. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(6):385–393. DOI:10.1590/S1020-49892006000600004
9. Peres MA, Peres KG, Frias AC, Antunes JL. Contextual and individual assessment of dental pain period prevalence in adolescents: a multilevel approach. *BMC Oral Health*. 2010;(13):10-20. DOI:10.1186/1472-6831-10-20
10. Ferreira-Júnior OM, Freire Mdo C, Moreira Rda S, Costa LR. Contextual and individual determinants of dental pain in preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2015;43(4):349-56. DOI:10.1111/cdoe.12159
11. Powers LJ, Grana JR, Keen ND, Hanchak NA. Preventive service utilization as a predictor for emergency dental examinations. *Community Dent Health*. 2000 Mar;17(1):20-3.

12. Da Silva K, Kunzel C, Yoon RK. Utilization of emergency services for non-traumatic dental disease. *J Clin Pediatr Dent.* 2013 Winter;38(2):107-12. DOI:10.17796/jcpd.38.2.9tu312x044451348
13. Singhal A, Momany ET, Jones MP, Caplan DJ, Kuthy RA, Buresh CT, Damiano PC. Dental care after an emergency department visit for dental problems among adults enrolled in Medicaid. *J Am Dent Assoc.* 2016 Feb;147(2):111-9. DOI:10.1016/j.adaj.2015.08.012
14. Von Kaenel D, Vitangeli D, Casamassimo PS, Wilson S, Preisch J. Social factors associated with pediatric emergency department visits for caries-related dental pain. *Pediatr Dent.* 2001 Jan-Feb;23(1):56-60. Disponível em: <http://www.aapd.org/assets/1/25/Kaenel-23-01.pdf>
15. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011; 16(Supl. 1):1029-1042. DOI:10.1590/S1413-81232011000700036
16. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Disponível em: http://www.pnud.org.br/idh/IDHM.aspx?indiceAccordion=0&li=li_IDHM.
17. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011;16(9):3807-3816. DOI:10.1590/S1413-81232006000400022
18. Boeira GF, Correa MB, Peres KG, Peres MA, Santos IS, Matijasevich A et al. Caries is the main cause for dental pain in childhood: findings from a birth cohort. *Caries res.* 2012;(46):488-495. DOI: 10.1159/000339491
19. Vargas CM, Ronzio CR. Disparities in early childhood caries. *BMC Oral.* 2006; Jun 15;6 Suppl 1. DOI:10.1186/1472-6831-6-S1-S3.
20. Badri P, Saltaje H, Flores-Mir C, Amin M. Factors affecting children`s adherence to regular dental attendance: a systematic review. *J Am Dent Assoc.* 2014; Aug;145(8):917-28. DOI: 10.14219/jada.2014.49
21. Baldani MH, Mendes YB, Lawder JA, de Lara AP, Rodrigues MM, Antunes JL. Inequalities in dental services utilization among Brazilian low-income children: the role of individual determinants. *J Public Health Dent.* 2011 Winter;71(1):46-53. DOI:10.1111/j.1752-7325.2010.00201

22. Baldani ML , Pupo YM , Lawder JAC ,Silva FFM , Antunes JLF. Determinantes Individuais da Utilização Recente de Serviços Odontológicos por Adolescentes e Adultos Jovens de Baixa Renda. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa. 2011;11(1):91-98. DOI:10.4034/PBOCI.2011.111.14
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, DF, 2004. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf
24. Fonseca DAV, Mialhe FL, Ambrosano GMB, Pereira AC, Meneghim MC. Influência da organização da atenção básica e das características sociodemográficas da população na demanda pelo pronto atendimento odontológico municipal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(1):269-277. DOI:10.1590/1413-81232014191.2048
25. Austregésilo SC, Leal MCC, Figueiredo N, Góes PSA. A Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(10):3111-3120. DOI:10.1590/1413-812320152010.12712014

4. CONCLUSÕES

As UBS foram responsáveis pela maior parte dos atendimentos de urgência odontológica. Crianças e adolescentes com menor vínculo na UBS e residentes próximos às UPA apresentaram uma prevalência maior de utilização da UPA para um atendimento de urgência.

Muitas crianças e adolescentes descontinuaram o cuidado em saúde bucal ao receberam um atendimento de urgência nos equipamentos públicos municipais de saúde, principalmente quando utilizaram as UPA. Em indivíduos residentes em áreas de IDHM médio/alto, a menor idade e o menor vínculo na UBS estiveram associados ao maior risco de descontinuidade do cuidado.

Barreiras e iniquidades de acesso devem ser consideradas durante o planejamento da rede de atenção à urgência odontológica de crianças e adolescentes na rede pública de saúde.

O acesso aos serviços de saúde bucal muitas vezes ocorre por meio da urgência odontológica. Os resultados deste estudo indicam a clara necessidade de ampliar as medidas e ações que estimulem a continuidade do cuidado em saúde bucal de crianças e adolescentes atendidos na urgência. Essa estratégia pode favorecer a vinculação desses indivíduos com as equipes de atenção básica, possibilitando a realização de uma atenção à saúde de modo integral e longitudinal.

REFERÊNCIAS

- AGOSTIN, FG; FLAITZ, CM; HICKS, MJ. **Dental emergencies in a university-based pediatric dentistry postgraduate outpatient clinic: a retrospective study.** ASDC J Dent Child, Sep-Dec;68(5-6):316-21, 300-1, 2001.
- ANDERSSON, L; ANDREASEN, JO; DAY, P; HEITHERSAY, G; TROPE, M; DIANGELIS, AJ; KENNY, DJ; SIGURDSSON, A; BOURGUIGNON, C; FLORES, MT; HICKS, ML; LENZI, AR; MALMGREN, B; MOULE, AJ; TSUKIBOSHI, M. **International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth.** Dent Traumatol. Apr;28(2):88-96, 2012. doi: 10.1111/j.1600-9657.2012.01125.x.
- ARDENGHI, TM; PIOVESAN, C; ANTUNES, JL. **Inequalities in untreated dental caries prevalence in preschool children in Brazil.** Rev Saude Publica. 2013 Dec;47 Suppl 3:129-37.
- ATUN, R. **What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?** Copenhagen, WHO Regional Office for Europe Health Evidence Network report 2004. Disponível em <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>. Acessado em: 30 de março de 2016.
- AUSTREGÉSILO, SC; LEAL, MCC; FIGUEIREDO, N; GÓES, PSA. **A Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal.** Ciência & Saúde Coletiva. 2015; 20(10):3111-3120. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3111.pdf>>. Acessado em: 03 de março de 2016.
- BADRI, P; SALTAJE, H; FLORES-MIR, C; AMIN, M. **Factors affecting children`s adherence to regular dental attendance: a systematic review.** J Am Dent Assoc, Aug;145(8):917-28, 2014.
- BALDANI, MH; MENDES, YB; LAWDER, JÁ; DE LARA, AP; Rodrigues, MM; ANTUNES, JL. **Inequalities in dental services utilization among Brazilian low-income children: the role of individual determinants.** J Public Health Dent. Winter;71(1):46-53, 2011a. Disponível em: doi: 10.1111/j.1752-7325.2010.00201.x. Acessado em: fevereiro 2016.
- BALDANI, MH; PUPO, YM; LAWDER, JAC; SILVA, FFM; ANTUNES, JLF. **Determinantes Individuais da Utilização Recente de Serviços Odontológicos por Adolescentes e Adultos Jovens de Baixa Renda.** Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa. 11(1):91-98, 2011b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X20100000100014>. Acessado em: 10 fevereiro 2016.
- BOEIRA, GF; CORREA, MB; PERES, KG; PERES, MA; SANTOS, IS; MATIJASEVICH, A; BARROS, AJ; DEMARCO, FF. **Caries is the main cause for**

dental pain in childhood: findings from a birth cohort.. Caries res, 46:488-495, 2012.

BORGES, CM; CASCAES, AM; FISCHER, TKONRAD; BOING, AF; PERES, MA; PERES, KG. **Dor nos dentes e gengivas e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise do inquérito nacional de saúde bucal SB-Brasil 2002-2003.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1825-1834, Aug. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800011&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800011>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Urgência e Emergência. **Política Nacional de Atenção a Urgência e Emergência.** 3ª edição ampliada Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF, 2012. Disponível em:< <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acessado em: 13 de fevereiro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira 2010: resultados principais.** Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal.** Brasília, DF, 2004.

CAMARGO, MJB; BARROS, ADD; FRAZÃO, P; MATIJASEVICH, A; SANTOS, IA; PERES, MA; PERES, KG. **Preditores da realização de consultas odontológicas de rotina e por problema em pré-escolares.** Rev Saúde Pública; 46(1), 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000004>.

CHI, DL; MOMANY, ET; NEFF, J; JONES, MP; WARREN, JJ; SLAYTON, RL; WEBER-GASPARONI, K; DAMIANO, PC. **Impact of chronic condition status and severity on dental utilization for Iowa Medicaid-enrolled children.** Med Care. 49 (2):180-192, 2011. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3095041/>>. Acessado em 03 de março de 2016.

CLEMENTINO, MA; GOMES, MC; PINTO-SARMENTO, TCA; MARTINS, CC; GRANVILLE-GARCIA, AF; PAIVA, SM. **Perceived Impact of Dental Pain on the Quality of Life of Preschool Children and Their Families.** PLOS ONE, 2015 Jun 19;10(6):e0130602 | DOI:10.1371/journal.pone.0130602 June 19, 2015 1 /.

CUNHA, EM; GIOVANELLA, L. **Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro.** Ciência & Saúde Coletiva. 16(Supl. 1):1029-1042, 2011.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde, SMS. **Relatório Sistema e-Saúde**, 2014.

DA SILVA, K; KUNZEL, C; YOON, RK. **Utilization of emergency service for non-traumatic dental disease**. J Clin Pediatr Dent. Winter;38(2):107-12, 2013.

DAVIS, EE; DEINARD, AS; MAIGA, EWH. **Doctor, my tooth hurts: the cost of incomplete dental care in the emergency room**. Journal of Public Health Dentistry. 70:205-210, 2010. doi: 10.1111/j.1752-7325.2010.00166.x.

DIANGELIS, AJ; ANDREASEN, JO; EBELESEDER, KA; KENNY, DJ; TROPE, M; SIGURDSSON, A; ANDERSSON, L; BOURGUIGNON, C; FLORES, MT; HICKS, ML; LENZI, AR; MALMGREN, B; MOULE, AJ; POHL, Y; TSUKIBOSHI, M. **International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth**. Dent Traumatol. Feb;28(1):2-12, 2012. doi: 10.1111/j.1600-9657.2011.01103.x.

DIVARIS, K; LEE, JY; BAKER, AD; GIZLICE, Z; ROZIER, RG; DEWALT, DA; VANN, WF Jr. **Influence of caregivers and children's entry into the dental care system**. Pediatrics. May;133(5):1268-76, 2014.

DONALDSON, AN; EVERITT, B; NEWTON, T; STEELE, J; SHERRIFF, M; BOWER, E. **The effects of social and dental attendance on oral health**. J Dent Res. Jan;87(1):60-4, 2008.

EDELSTEIN, B; VARGAS, CM; CANDELARIA, D; VEMURI, M. **Experience and policy implication of children presenting with dental emergencies to US pediatric dentistry training programs**. Pediatr Dent. 28(5):431-437, 2006.

ESTADOS UNIDOS. Academia Americana de Odontopediatria; Academia Americana de pediatria. **Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies**. v 37(6):15-16, 2014. Disponível em: http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/p_eccclassifications.pdf. Acessado em junho 2016.

FERREIRA-JÚNIOR, OM; FREIRE, MCM; MOREIRA, RS; COSTA, LR. **Contextual and individual determinants of dental pain in preschool children**. Community Dent Oral Epidemiol. Aug;43(4):349-56, 2015. doi: 10.1111/cdoe.12159. Epub 2015 Mar 6.

FONSECA, DAV; MIALHE, FL; AMBROSANO, GMB; PEREIRA, AC; MENEZES, MC. **Influência da organização da atenção básica e das características sociodemográficas da população na demanda pelo pronto atendimento odontológico municipal**. Ciência & Saúde Coletiva. 19(1):269-277, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014191.2048>.

GOES, PS; WATT, RG; HARDY, R; SHEIHAM, A. Impacts of dental pain on daily activities of adolescents aged 14-15 years and their families. **Acta Odontol Scand**, 2008 Feb;66(1):7-12. doi: 10.1080/00016350701810633.

GUSTAFSON, D; MCTIGUE, D; THIKKURISSY, S; CASAMASSIMO, P; NUSSTEIN, J. Continued care of children seen in an emergency department for dental trauma. **Pediatr Dent. Sep-Oct;33(5):426-30, 2011.**

KOZMHINSKY, VMR; HEIMER, M; GOES, PSA. Sociodemographic factors and oral health conditions related to the impact on the quality of life of adolescents. **Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic. 16(1):35-42, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.4034/PBOCI.2016.161.04>.**

KUTHY, RA; JONES, M; KAVAND, G; MOMANY, E; ASKELSON, N; CHI, D; WEHBY, G; DAMIANO, P. **Time until first dental caries for young children first seen in Federally Qualified Health Centers: a retrospective cohort study.** Community Dent Oral Epidemiol. Aug;42(4):300-10, 2014. doi: 10.1111/cdoe.12096. Epub 2014 Feb 1.

LADRILLO, TE; HOBDELL, MH; CAVINESS, AC. **Increasing prevalence of emergency department visits for pediatric dental care, 1997-2001.** J Am Dent Assoc. Mar;137(3):379-85, 2006.

LEWIS, C.; STOUT, J. **Toothache in U.S. children.** Arch. Pediatr. Adolesc. Med, 164, 1059–1063, 2010.

LEWIS, CW; JOHNSTON, BD; LINSSENMEYER, KA; WILLIAMS, A; MOURADIAN, W. **Preventive dental care for children in the United States: a national perspective.** Pediatrics, 119(3):e544-e553, 2007.

MACHADO, CV; BAPTISTA, TWF; NOGUEIRA, CO. **Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades.** Cad. Saúde Pública 27(3):521-532, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300012>.

MACHADO, GCM; DAHER, A; COSTA, LR. **Factors associated with no dental treatment in preschoolers with toothache: A cross-sectional study in outpatient public emergency service.** Int. J. Environ. Res. Public Health. 11:8058-8068, 2014. doi: 10.3390/ijerph110808058.

MACINKO, J; STARFIELD, B; SHI, L. **The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998.** Health Serv Res. Jun; 38(3): 831–865, 2003.

MALMGREN, B; ANDREASEN, JO; FLORES, MT; ROBERTSON, A; DIANGELIS, AJ; ANDERSSON, L; CAVALLERI, G; COHENCA, N; DAY, P; HICKS, ML; MALMGREN, O; MOULE, AJ; ONETTO, J; TSUKIBOSHI, M. **International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition** Dent Traumatol. Jun;28(3):174-82, 2012. doi: 10.1111/j.1600-9657.2012.01146.x.

MANFREDINI, MA; MOYSÉS, SJ; NORO, LRA; NARVAI, PC. **Assistência Odontológica Pública e Suplementar no Município de São Paulo na Primeira**

Década do Século XXI. Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.2, p.323-335, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000200007>.

MOURA-LEITE FR, RAMOS-JORGE J, RAMOS-JORGE ML, PAIVA SM, VALE MP, PORDEUS IA. **Impact of Dental pain on daily living of five-year-old brazilian preschool children: prevalence and associated factors.** Eur Arch Paediatr Dent . 12(6):293-297, 2011.

NARVAI, PC; FRAZÃO, P; RONCALLI, AG; ANTUNES, JLF. **Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social.** Rev Panam Salud Publica, 2006; 19(6):385–393.

NORO, LRA; RONCALLI, AG; MENDES JÚNIOR, FIR; LIMA, KC. **A utilização de serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil.** Cad. Saúde Pública. 24(7):1509-1516, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000700005>.

NORO, LRA; RONCALLI, AG; MENDES JÚNIOR, FIR; LIMA, KC; TEIXEIRA, AKM. . **Toothache and social and economic conditions among adolescents in Northeastern Brazil.** Ciência & Saúde Coletiva, 2014 19(1), 105-114. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014191.2110>.

OMS. **Relatório mundial de saúde 2005: prevenção de doenças crônicas um investimento vital.** Geneva, Organização Mundial da Saúde 2005. Disponível em: www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf. Acesso em: 20 fevereiro 2016.

OMS. **Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados Primários à Saúde - agora mais que nunca.** Geneva, Organização Mundial da Saúde, 2008. Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf. Acesso em: 20 fevereiro 2016.

PAJEWSKI, NM; OKUNSERI, C. **Patterns of dental service utilization following nontraumatic dental condition visits to the emergency department in Wisconsin Medicaid.** J Public Health Dent. Winter;74(1):34-41, 2014. doi: 10.1111/j.1752-7325.2012.00364.x. Epub 2012 Aug 8.

PASTOR-SÁNCHEZ, R; MIRAS, AL; FERNÁNDEZ, MP; CAMACHO, RG. **Continuidad Y Longitudinalidad en Medicina General en cuatro países Europeos.** Rev Esp Salud Pública 71:479-485, 1997.

PERES, KG; CASCAES, AM; LEÃOI, ATT; CÔRTEZ, MIS; VETTORE, MV. **Aspectos sociodemográficos e clínicos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adolescentes.** Rev Saúde Pública, 2013;47(Supl 3):19-28. DOI:10.1590/S0034-8910.2013047004361.

PERES, KG; PERES, MA; BOING, AF; BERTOLDI, AD; BASTOS, JL; BARROS, AJD. **Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008.** Rev Saúde Pública, 46(2):250-8, 2012.

PERES, MA; PERES, KG; FRIAS, AC; ANTUNES, JL. **Contextual and individual assessment of dental pain period prevalence in adolescents: a multilevel approach**. BMC Oral Health. Aug 13;10:20, 2010. DOI: 10.1186/1472-6831-10-20.

PETERSEN PE. **Global policy for improvement of oral health in the 21st century—implication to oral health research of World Health Assembly 2007, world health organization**. Community Dent Oral Epidemiol.Feb;37(1):1-8, 2009.

PETERSEN PE. **World Health Organization global policy for improvement of oral health** – World Health Assembly 2007. International Dental Journal 59:115-121, 2008. doi:10.1922/IDJ_1930Petersen07.

POWERS, LJ; GRANA, JR; KEEN, ND; HANCHAK, NA. **Preventive service utilization as a predictor for emergency dental examinations**. Community Dent Health. 2000 Mar;17(1):20-3.

PRADO, MC; CASOTTI, CA; FRANCISCO, KSM; SALES, AS. **Perfil dos usuários e agravos em crianças e adolescentes atendidos em um pronto atendimento odontológico**. Rev.Saúde.Com 10(4):368-375, 2014.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)**. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/idh/IDHM.aspx?indiceAccordion=0&li=li_IDHM>. Acesso em 12 jan. 2016.

RIBEIRO, GL; GOMES, MC, LIMA, KC; MARTINS, CC; PAIVA, SM; GRANVILLE-GARCIA, AF. **Work absenteeism by parents because of oral conditions in preschool children**. Int Dent J. Dec;65(6):331-7, 2015. doi: 10.1111/idj.12184.

RIHS, LBL; SOUSA, MLR; CYPRIANO, S; ABDALLA, NM. **Desigualdades na distribuição da cárie dentária em adolescentes de Indaiatuba (SP), 2004**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 15, n. 4, p. 2173-2180, Julio 2010. . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400031&lng=en&nrm=iso>. access on 07 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000400031>.

RODRIGUES, LAM; MARTINS, AMEBL; SILVEIRA, MF; FERREIRA, RC; SOUZA, JGS; SILVA, JM; CALDEIRA AP. **Uso de serviços odontológicos entre pré-escolares: estudo de base populacional**. Ciência & Saúde Coletiva. 19(10):4247-4256, 2014. DOI: 10.1590/1413-812320141910.13382013.

SAKAI, VM; MAGALHÃES, AC; SILVA, SMB; MACHADO, MAAM. **Perfil de tratamento de urgência de crianças de 0 a 15 anos atendidas no serviço de urgência odontológica da faculdade de odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo**. J Appl Oral Sci.13(4):340-4, 2005. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1678-77572005000400005>>. Acesso em: 10 fevereiro 2016.

SCHUCH HS, CORREA MB, TORRIANI DD, DEMARCO FF, GOETTEMS ML. **Perceived Dental Pain: Determinantes and impact on brazilian schoolchildren.** J Oral Facial Pain Headache 29:168-176, 2015. doi: 10.11607/ofph.1414.

SHEPHERD, MA; NADANOVSKY, P; SHEIHAM, A. **The prevalence and impact of dental pain in 8-year-old school children in Harrow, England.** Br Dent J. Jul 10;187(1):38-41, 1999.

SHQAIR, AQ; GOMES, GB; OLIVEIRA, A; GOETTEMS, ML; ROMANO, AR; SCHARDOZIM, LR; BONOW, ML; TORRIANI, DD. **Dental emergencies in a university pediatric dentistry clinic: a retrospective study.** Braz Oral Res. Jan-Feb;26(1):50-6, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-83242012000100009>.

SILVA, MCB; DA SILVA, RA; RIBEIRO, CCC; DA CRUZ, MCFN. **Perfil da assistência odontológica publica para a infância e adolescência em São Luís (MA).** Ciência & Saúde Coletiva,.12(5):1237-1246, 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000500021>.

SILVA, ZP; RIBEIRO, MCSA; BARATA, RB; ALMEIDA, MF. **Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008.** Ciência & Saúde Coletiva. 16(9):3807-3816, 2011. dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000016.

SINGHAL, A; MOMANY, ET; JONES, MP; CAPLAN, DJ; KUTHY, RA; BURESH, CT; DAMIANO, PC. **Dental care after an emergency department visit for dental problems among adults enrolled in Medicaid.** J Am Dent Assoc. Feb; 147(2):11-9, 2016. doi: 10.1016/j.adaj.2015.08.012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B; L, SHI. **“Policy Relevant Determinants of Health: An International Perspective.”** Health Policy. Jun, 60 (3): 201–16, 2002.

SUN, BC; CHI, DC; SCWARZ, E; MILGROM, P; YAGAPEN, A; MALVEAU, S et al. **Emergency department visits for nontraumatic dental problems: a mixed-methods study.** American Journal of Public Health, 105(5):947-955, 2015. doi:10.2105/AJPH.2014.302398.

THIKKURISSY,S; ALLEN, PH; SMILEY, MK; CASAMASSIMO, PS. **Waiting for the pain to get worse: characteristics of a pediatric population with acute dental pain.** Pediatric Dentistry, v. 34 (4):289:294, 2012.

TRAMINI, P; NASSAR, BAQ; VALCARCEL, JV; GILBERT, P. **Factors associated with the use of emergency dental care facilities in a French public hospital.** Spec Care Dentist, 30(2):66-71, 2010.

VARGAS, CM; RONZIO, CR. **Disparities in early childhood caries.** BMC Oral Health, Jun 15;6 Suppl 1:S3, 2006. doi:10.1186/1472-6831-6-S1-S3.

VON KAENEL, D; VITANGELI, D; CASAMASSIMO, PS; WILSON, S; PREISCH, J. **Social factors associated with pediatric emergency department visits for caries-related dental pain.** *Pediatr Dent*, Jan-Feb;23(1):56-60, 2001.

WILSON S, SMITH G, PREISCH J, CASAMASSIMO P. **Epidemiology of dental trauma in an urban pediatric emergency department.** *Pediatr Emerg Care* 1997; 13:12-5.

WONG, NHY; TRAN, C; PUKALLUS, M; HOLCOMBE, T; SEOW, WK. **A three-year retrospective study of emergency visits at an oral health clinic in south-east Queensland.** *Aust Dent J*. 2012 Jun;57(2):132-7. doi: 10.1111/j.1834-7819.2012.01688.x.

APÊNDICE 1-TABELA DAS UBS E RESPECTIVA UDH E IDHM

TABELA 6- LISTA DE UBS QUE APRESENTARAM CRIANÇAS E ADOLESCENTES CADASTRADOS E ATENDIDOS NA URGÊNCIA ODONTOLÓGICA. UDH E VALOR DO IDHM RESPECTIVOS. CURITIBA, ABRIL 2014. Continua

UBS	UDH	IDHM
Abaete	Boa Vista	0,874
Abranches	Abranches / Pilarzinho / São Lourenço / Taboão	0,868
Alvorada	Cajuru / Uberaba : Apa do Iguaçu	0,665
Atenas	Campo Comprido / CIC	0,868
Atuba	Atuba / Bairro Alto / Bacacheri	0,834
Augusta	Augusta / Riviera / CIC / Campo Comprido	0,772
Aurora	Novo Mundo : Vila Formosa / Aurora	0,833
Bairro Alto	Atuba / Bairro Alto / Bacacheri	0,834
Bairro Novo	Sítio Cercado : Bairro Novo	0,772
Barigui	CIC : Barigui	0,772
Barreirinha	Abranches / Barreirinha / Boa Vista / Cahoeira / Santa Cândida	0,824
Bom Pastor	Vista Alegre / Cascatinha / Santa Felicidade	0,868
Butiatuvinha	Butiatuvinha / Santa Felicidade	0,827
Caiuá	CIC : Caiuá	0,775
Camargo	Cajuru : Vila Camargo / Trindade / Solitude	0,719
Campina da Siqueira	Seminário / Campina do Siqueira / Mossunguê / Campo Comprido	0,925
Candido Portinari	São Miguel / CIC	0,704
Capanema	Prado Velho / Rebouças	0,809
Caximba	Caximba / Campo de Santana	0,716
Concórdia	Pinheirinho : Gramados	0,732
Dom Bosco	Tatuquara : Santa Rita	0,711
Érico Veríssimo	Alto Boqueirão / Boqueirão	0,867
Estrela	Portão / Santa Quitéria / Fazendinha	0,86
Eucaliptos	Alto Boqueirão : Jardim Paranaense	0,771
Fanny Lindóia	Fanny / Guaíra / Lindóia / Parolin	0,851
Fernando de Noronha	Santa Cândida : Vila Jovita	0,8
Ipiranga	Capão Raso	0,81
Iracema	Cajuru / Capão da Imbuia	0,841
Irma Tereza Araujo	Alto Boqueirão / Boqueirão	0,867
Jardim Gabinete	CIC : Jardim Gabinete	0,716
Jardim Paranaense	Alto Boqueirão : Jardim Paranaense	0,771
Lotiguacu	Uberaba : Lotiguassu	0,715
Maria Angélica	Pinheirinho : Gramados	0,732
Medianeira	Boa Vista	0,874
Menonitas	Alto Boqueirão / Boqueirão	0,867
Monteiro Lobato	Tatuquara : Monteiro Lobato	0,623
Moradias Belem	Boqueirão : Parque Náutico	0,623
Moradias da Ordem	Tatuquara : Santa Rita	0,711
Moradias Santa Rita	Tatuquara : Santa Rita	0,711
Nossa Senhora da Luz	CIC : Vila Nossa Senhora da Luz	0,732
Nossa Senhora do Sagrado		
Coração	Pinheirinho : Vila Machado	0,809
	São Braz : Vila Claudia / Jardim São Braz / Santo Inácio :	
Nova Orleans	Nossa Senhora do Carmo	0,8

TABELA 6- LISTA DE UBS QUE APRESENTARAM CRIANÇAS E ADOLESCENTES CADASTRADOS ATENDIDOS NA URGÊNCIA ODONTOLÓGICA. RESPECTIVA UDH E VALOR DO IDHM. CURITIBA, ABRIL DE 2014.

UBS	UDH	IDHM
Osternack	Ganchinho / Umbará / Sítio Cercado : Vila Osternack	0,728
Palmeiras	Tatuquara : Vila Tatuquara	0,715
Pantanal	Alto Boqueirão : Vila Pantanal	0,681
Parigot de Souza	Sítio Cercado : Parigot de Souza / São João Del Rey	0,781
Parolin	Guaíra : Ferrovila / Parolin : Vila Parolin	0,623
Parque Industrial	Capão Raso	0,81
Pilarzinho	Pilarzinho	0,786
Pinheiros	Santa Felicidade / São João	0,809
Pompéia	Tatuquara : Terra Santa	0,623
Rio Bonito	Tatuquara : Santa Rita	0,711
Sabará	São Miguel / CIC	0,704
Salvador allende	Sítio Cercado : Bairro Novo / Vila Rio Negro	0,767
Santa Amélia	Fazendinha : Conjunto Residencial Fazendinha	0,704
Santa Candida	Santa Cândida / Atuba / Tinguí	0,854
Santa Efiginea	Abranches / Barreirinha / Boa Vista / Cahoeira / Santa Cândida	0,824
Santa Quitéria	Santa Quitéria : Nossa Senhora da Paz	0,716
Santa Quitéria II	Portão / Santa Quitéria / Fazendinha	0,86
Santos Andrade	Campo Comprido : Jardim Santos Andrade	0,681
São Braz	São Braz : Vila Claudia / Jardim São Braz / Santo Inácio : Nossa Senhora do Carmo	0,8
São Domingos	Cajuru : Vila Camargo / Trindade / Solitude	0,719
São joao del rey	Sítio Cercado : Parigot de Souza / São João Del Rey	0,781
São José	Augusta : Vila São José	0,623
São Miguel	CIC : Barigui	0,772
São Paulo	Uberaba : Vila São Paulo	0,8
São Pedro	Xaxim : Vila São Pedro / Urano / Esmeralda	0,776
Solitude	Cajuru : Vila Camargo / Trindade / Solitude	0,719
Tancredo	CIC : Barigui	0,772
Tapajós	Xaxim	0,842
Taruma	Bairro Alto : Vila Tarumã	0,801
Tingui	Santa Cândida / Atuba / Tinguí	0,854
Trindade I	Cajuru : Vila Camargo / Trindade / Solitude	0,719
Trindade II	Cajuru : Vila Camargo / Trindade / Solitude	0,719
Uberaba	Uberaba	0,882
Umbará II	Umbará : Hebron	0,623
União das Vilas	São Braz : Montana	0,8
Vila Clarice	Novo Mundo	0,857
Vila Diana	Barreirinha : Querência / Monjolo	0,854
Vila Esperanca	Atuba : Asa Branca / Campo Alto	0,715
vila feliz	Novo Mundo : Vila Formosa / Aurora	0,833
Vila Guaíra	Fanny / Guaíra / Lindóia / Parolin	0,851
Vila Hauer	Boqueirão (Parte Leste) / Hauer (Parte Leste)	0,772
Vila Leão	Novo Mundo : Portão / Vila Leão / Vila Pimpão	0,704
Vila Leonice	Cachoeira : Nossa Senhora da Glória	0,623
Vila machado	Pinheirinho : Vila Machado	0,809
Vila Sandra	CIC : Barigui	0,772
Vila Verde	CIC : Sagrada Família / Vila Verde	0,681
Visitação	Boqueirão : Parque Náutico	0,623
Vitória Régia	CIC : Vitória Régia	0,775
Waldemar		
Monastier	Boqueirão : Belenzinho	0,704

TABELA 6- LISTA DE UBS QUE APRESENTARAM CRIANÇAS E ADOLESCENTES CADASTRADOS ATENDIDOS NA URGÊNCIA ODONTOLÓGICA. RESPECTIVA UDH E VALOR DO IDHM. CURITIBA, ABRIL DE 2014.

conclusão		
UBS	UDH	IDHM
Xapinhall	Sítio Cercado : Xapinhall	0,704
Xaxim	Xaxim	0,842

FONTE: E-SAUDE (2014), PNUD (2013)

APÊNDICE 2-TABELA DAS UBS, UPA MAIS PRÓXIMA E DISTÂNCIA

TABELA 7- LISTA DAS UBS QUE APRESENTARAM CRIANÇAS E ADOLESCENTES CADASTRADOS ATENDIDOS NA URGÊNCIA ODONTOLÓGICA. RESPECTIVA UPA MAIS PRÓXIMA E DISTÂNCIA ENTRE A UBS E UPA. CURITIBA, ABRIL DE 2014. continua

UBS	UPA	DISTÂNCIA (KM)
Abaete	UPA Boa Vista	2
Abranches	UPA Boa Vista	5,6
Alvorada	UPA Sítio Cercado	8,5
Atenas	UPA Fazendinha	4,4
Atuba	UPA Boa Vista	3,7
Augusta	UPA Fazendinha	4,4
Aurora	UPA Fazendinha	2,9
Bairro Alto	UPA Boa Vista	5,8
Bairro Novo	UPA Sítio Cercado	2,9
Barigui	UPA Fazendinha	4,2
Barreirinha	UPA Boa Vista	4,5
Bom Pastor	UPA Boa Vista	8,9
Butiatuvinha	UPA Fazendinha	12,2
Caiuá	UPA Fazendinha	2,9
Camargo	UPA Boa Vista	10,8
Campina da Siqueira	UPA Fazendinha	6,1
Candido Portinari	UPA Fazendinha	3,7
Capanema	UPA Boa Vista	q
Caximba	UPA Sítio Cercado	15
Concórdia	UPA Sítio Cercado	2,5
Dom Bosco	UPA Sítio Cercado	10,1
Érico Veríssimo	UPA Sítio Cercado	2,3
Estrela	UPA Fazendinha	1,3
Eucaliptos	UPA Sítio Cercado	3,3
Fanny Lindóia	UPA Fazendinha	5,9
Fernando de Noronha	UPA Boa Vista	1,4
Ipiranga	UPA Sítio Cercado	4,4
Iracema	UPA Boa Vista	7,8
Irma Tereza Araújo	UPA Sítio Cercado	4,9
Jardim Gabinete	UPA Fazendinha	6,3
Jardim Paranaense	UPA Sítio Cercado	3,9
Lotiguacu	UPA Sítio Cercado	9,3
Maria Angélica	UPA Sítio Cercado	0,45
Medianeira	UPA Boa Vista	3,7
Menonitas	UPA Sítio Cercado	3
Monteiro Lobato	UPA Sítio Cercado	11
Moradias Belem	UPA Sítio Cercado	6
Moradias da Ordem	UPA Sítio Cercado	10,1
Moradias Santa Rita	UPA Sítio Cercado	10,8

TABELA 7- LISTA DE UBS QUE APRESENTARAM CRIANÇAS E ADOLESCENTES CADASTRADOS ATENDIDOS NA URGÊNCIA ODONTOLÓGICA. RESPECTIVA UPA MAIS PRÓXIMA E DISTÂNCIA ENTRE A UBS E UPA. CURITIBA, ABRIL DE 2014.
continuação

UBS	UPA	DISTÂNCIA (KM)
Nossa Senhora da Luz	UPA Fazendinha	3,9
Nossa Senhora do Sagrado Coração	UPA Sítio Cercado	3,2
Nova Orleans	UPA Boa Vista	7,5
Osternack	UPA Sítio Cercado	3,5
Palmeiras	UPA Sítio Cercado	5,1
Pantanal	UPA Sítio Cercado	6,7
Parigot de souza	UPA Sítio Cercado	0,6
Parolin	UPA Fazendinha	6,7
Parque Industrial	UPA Sítio Cercado	5,9
Pilarzinho	UPA Boa Vista	6,3
Pinheiros	UPA Boa Vista	12
Pompéia	UPA Sítio Cercado	7,5
Rio Bonito	UPA Sítio Cercado	12,6
Sabará	UPA Fazendinha	4,1
Salvador allende	UPA Sítio Cercado	3,1
Santa Amélia	UPA Fazendinha	1,1
Santa Candida	UPA Boa Vista	1,4
Santa Efiginea	UPA Boa Vista	3,5
Santa Quitéria	UPA Fazendinha	2,8
Santa Quitéria II	UPA Fazendinha	3,4
Santos Andrade	UPA Fazendinha	3,3
São Braz	UPA Sítio Cercado	9,8
São Domingos	UPA Sítio Cercado	11,5
São joao del rey	UPA Sítio Cercado	1,6
São José	UPA Fazendinha	7,4
São Miguel	UPA Fazendinha	0,9
São Paulo	UPA Sítio Cercado	7,5
São Pedro	UPA Sítio Cercado	1,2
Solitude	UPA Sítio Cercado	11
Tancredo	UPA Fazendinha	1,7
Tapajós	UPA Sítio Cercado	5,6
Taruma	UPA Boa Vista	7
Tingui	UPA Boa Vista	1,3
Trindade I	UPA Boa Vista	10,1
Trindade II	UPA Boa Vista	11,3
Uberaba	UPA Sítio Cercado	9,3
Umbará II	UPA Sítio Cercado	6,2
União das Vilas	UPA Sítio Cercado	9
Vila Clarice	UPA Fazendinha	5,7
Vila Diana	UPA Boa Vista	5,1
Vila Esperanca	UPA Boa Vista	4,4

TABELA 7- LISTA DE UBS QUE APRESENTARAM CRIANÇAS E ADOLESCENTES CADASTRADOS ATENDIDOS NA URGÊNCIA ODONTOLÓGICA. RESPECTIVA UPA MAIS PRÓXIMA E DISTÂNCIA ENTRE A UBS E UPA. CURITIBA, ABRIL DE 2014.

Conclusão		
UBS	UPA	DISTÂNCIA (KM)
Vila Feliz	UPA Fazendinha	3,7
Vila Guaíra	UPA Fazendinha	5,8
Vila Hauer	UPA Sítio Cercado	7
Vila Leão	UPA Fazendinha	3,7
Vila Leonice	UPA Boa Vista	5,7
Vila machado	UPA Sítio Cercado	4,7
Vila Sandra	UPA Fazendinha	3,1
Vila Verde	UPA Sítio Cercado	7,5
Visitação	UPA Sítio Cercado	3,3
Vitória Régia	UPA Fazendinha	8,1
Waldemar Monastier	UPA Sítio Cercado	6,4
Xapinhal	UPA Sítio Cercado	1,4
Xaxim	UPA Sítio Cercado	2

FONTES: E-SAÚDE, GOOGLE MAPS (2016).

APÊNDICE 3-TABELA MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL E A DESCONTINUIDADE DO CUIDADO

TABELA 8- ASSOCIAÇÃO ENTRE A DESCONTINUIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL E O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL. CURITIBA- PR, 2014. (N=908)

		Descontinuidade do cuidado				Total (100%)	p*	RR*	IC 95%	
		Sim	%	Não	%					
Modelo de atenção à saúde bucal	Básica	129	38,7	204	61,3	333	0,403	0,93	0,79	1,10
	ESF	239	41,6	336	58,4	575		1		

* Teste do Qui Quadrado. Resultados significantes ao nível de 5% marcados em negrito.

**Considerado apenas os que já haviam recebido atendimento odontológico na rede de atenção à saúde bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

RR=Risco Relativo; IC= intervalo de confiança

ANEXO – DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SMS/CURITIBA



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que o pesquisador Fabio Augusto de Oliveira Pereira, protocolou sob o número 05/2015 sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto intitulado: "Cuidado Odontológico na Atenção Primária à Saúde de Crianças e Adolescentes que Receberam Atendimento de Urgência nos Serviços Públicos Municipais de Saúde Búcal de Curitiba". (CAAE: 39323514.3.0000.0102)

Declaramos ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Res. CNS 466/12.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança de sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Por ser verdade firmamos a presente.

Atenciosamente,

Curitiba, 25 de fevereiro de 2015.

**Samuel Jorge Moysés
Coordenador do CEP/SMS**